

Psyykkisten sairauksien ammattitautikorvausta
selvittäneen työryhmän (PSYKO) muistio



KUVAILULEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö	Julkaisun päivämäärä 12.6.2003
Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri) Psykkisten sairauksien ammattitautikorvausta selvittävä työryhmä (PSYKO) Sakari Tola, puheenjohtaja Kirsi Pohjolainen, sihteeri Kimmo Kuoppasalmi, sihteeri	Julkaisun laji Työryhmämuistio
	Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö
	Toimielimen asettamispäivä 10.9.2001
Julkaisun nimi (myös ruotsinkielinen) Psykkisten sairauksien ammattitautikorvausta selvittäneen työryhmän (PSYKO) muistio Promemoria av arbetsgruppen med uppgift att utreda tillämpningen av ersättningar för yrkessjukdomar på psykiska sjukdomar (PSYKO)	
Julkaisun osat	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Työryhmä on selvittänyt voiko työhön tai työympäristöön liittyvä psyykkinen tekijä olla ammattitautikorvauksen perusteena. Nimenomaisesti on selvitetty</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) onko olemassa kiistatonta lääketieteellistä osoitusta siitä, että jokin yksilöön ulkoapäin kohdistuva tekijä voisi aiheuttaa hänelle tietyn, psyykkiseksi sairaudeksi luokiteltavissa olevan tilan; 2) minkälainen on nykyinen tietämys mahdollisesta syy-yhteydestä psyykkisten tekijöiden ja fyysisten sairauksien välillä; 3) onko olemassa lääketieteellisiä menetelmiä, joilla voitaisiin erotella erilaiset syytekijät toisistaan ja arvioida niiden vaikuttavuutta psyykkisten sairauksien syntyyn; 4) onko olemassa menetelmiä, joilla voitaisiin objektiivisesti arvioida ja eritellä henkilön useiden erilaisten psyykkisten sairauksien osuutta hänen henkiseen tai fyysiseen kokonaisterveydentilaansa; ja 5) miten tulisi suhtautua yksilöllisten persoonallisten tekijöiden merkitykseen psyykkisten sairauksien synnyssä. <p>Lisäksi työryhmä on selvittänyt mielenterveyden häiriöiden korvauskäytäntöä eräissä muissa maissa.</p> <p>Työryhmä on todennut, että psyykkisten kuormitustekijöiden ja mielenterveyden häiriöiden merkitys työelämässä on kasvanut. Työssä esiintyvien kuormitustekijöiden ja psyykkisen oireilun välillä näyttää tutkimusten mukaan olevan ryhmätasolla tunnistettava yhteys. Sen sijaan täsmällisesti määriteltävissä olevan työn kuormitustekijän ja yksilötasolla diagnosoitavan mielenterveyden häiriön välisestä syy-yhteydestä ei ole yksiselitteistä tieteellistä osoitusta.</p> <p>Mielenterveyden häiriöitä korvataan lakisääteisessä tapaturmavakuutuksessa äkillisen tapahtuman aiheuttamina ja fyysisiin ammattitauteihin liittyen, mutta ei pitkäaikaisesti työssä esiintyvien psyykkisten tekijöiden yhteydessä.</p> <p>Mahdollisen korvaamisen kannalta ongelmallista olisi lääketieteellisen tiedon puute syy-yhteydestä, psyykkisten kuormituksen mittaamismenetelmien kehittymättömyys yksilötasolla ja psykiatristen diagnoosien kuvaileva luonne sekä kuormituksen ja sairauden määrittelyyn liittyvät käytännölliset ja juridiset ongelmat. Tällä perusteella työryhmä on päättänyt toteamaan, että psyykkisen tekijän sisällyttämiseen ammattitautilainsäädäntöön ei tällä hetkellä ole riittäviä edellytyksiä.</p> <p>Kun tämä kannanotto perustuu nimenomaan olemassa olevan tiedon puutteellisuuteen, työryhmä on tehnyt eräitä tutkimus- ja kehittämisehdotuksia työn psyykkisten kuormitustekijöiden ja mielenterveyden häiriöiden välisten yhteyksien tutkimiseksi ja selvittämiseksi. Psyykkisen kuormituksen mittaamismenetelmien kehittäminen ja etenevät tutkimukset työn psyykkisten kuormitustekijöiden ja mielenterveyden häiriöiden välisten yhteyksien selvittämiseksi ovat tarpeen. Olisi myös selvitettävä pitkittyneiden psyykkisten kuormitustilanteiden vaikutuksia ja kehitettävä psyykkisiin tekijöihin liittyvien korvaustapahtumien tilastointia.</p>	
<p>Avainsanat: (asiasanat)</p> <p>ammattitaudit, mielenterveys, sairaus, stressi, työ</p>	

Muut tiedot www.stm.fi			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:19		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-1331-8
Kokonaissivumäärä 66	Kieli suomi	Hinta 14,80 €	Luottamuksellisuus julkinen
Jakaja STM:n julkaisumyynti, PL 536, 33101 Tampere, puh. 03-260 8158 ja 03-260 8535, fax 03-260 8150		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet	Utgivningsdatum 12.6.2003
Författare (uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Arbetsgruppen med uppgift att utreda tillämpningen av ersättningar för yrkessjukdomar på psykiska sjukdomar (PSYKO) Sakari Tola, ordförande Kirsi Pohjolainen, sekreterare Kimmo Kuoppasalmi, sekreterare	Typ av publikation Promemoria
	Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet
	Datum för tillsättandet av organet Projektet tillsattes 10.9.2001
Publikation (även den finska titeln) Promemoria av arbetsgruppen med uppgift att utreda tillämpningen av ersättningar för yrkessjukdomar på psykiska sjukdomar (PSYKO) Psykkisten sairauksien ammattikorvausta selvittäneen työryhmän (PSYKO) muistio	
Publikationens delar	
Referat <p>Arbetsgruppen har utrett om psykiska faktorer i anslutning till arbetet eller arbetsmiljön kan ligga till grund för utbetalning av ersättning för yrkessjukdomar. Arbetsgruppen har uttryckligen utrett</p> <ol style="list-style-type: none">1) om det finns obestridliga medicinska bevis på att någon yttre faktor kan förorsaka ett visst tillstånd som klassificeras som psykisk sjukdom;2) vad man för tillfället vet om ett eventuellt orsakssammanhang mellan psykiska faktorer och fysiska sjukdomar;3) om det finns medicinska metoder med vilka man kan skilja olika orsaksfaktorer från varandra och bedöma deras inverkan på uppkomsten av psykiska sjukdomar;4) om det finns metoder med vilka man objektivt kan bedöma och specificera vilken betydelse flera olika psykiska sjukdomar hos en person har med tanke på hans eller hennes psykiska eller fysiska helhetshälsotillstånd samt5) hur man skall förhålla sig till de individuella personliga faktorernas betydelse vid uppkomsten av psykiska sjukdomar. <p>Arbetsgruppen har också utrett ersättningspraxisen vid mentala störningar i vissa andra länder.</p> <p>Arbetsgruppen konstaterade att psykisk belastning och mentala störningar har fått en allt större betydelse i arbetslivet. Enligt undersökningar ser det ut att finnas ett på gruppnivå identifierbart samband mellan belastningen i arbetet och psykiska symtom. Däremot har man inte entydigt vetenskapligt kunnat påvisa ett orsakssammanhang mellan exakt definierbar belastning i arbetet och på det individuella planet diagnostiserade mentala störningar.</p> <p>Mentala störningar ersätts enligt den lagstadgade olycksfallsförsäkringen till följd av en plötslig händelse och i anslutning till fysiska yrkessjukdomar, men inte i samband med långvariga psykiska faktorer i arbetet.</p> <p>Med tanke på eventuell ersättning utgör bristen på medicinsk kunskap om orsakssammanhanget ett problem, liksom även bristfälliga mätmetoder för psykisk belastning på det individuella planet, de psykiatriska diagnosernas beskrivande karaktär samt de praktiska och juridiska problemen i anslutning till definieringen av belastning och sjukdom. På basis av detta har arbetsgruppen stannat för att konstatera att det inte för tillfället finns tillräckliga förutsättningar för att ta med psykiska faktorer i lagstiftningen om yrkessjukdomar.</p> <p>Den här ståndpunkten baserar sig uttryckligen på bristen på existerande kunskap och därför har arbetsgruppen lagt fram vissa forsknings- och utvecklingsförslag för att undersöka och utreda sambandet mellan psykisk belastning i arbetet och mentala störningar. Enligt arbetsgruppen är det nödvändigt att utveckla mätmetoder för psykisk belastning, det behövs också fortskridande undersökningar om sambandet mellan belastning i arbetet och mentala störningar. Enligt arbetsgruppen borde man också utreda verkningarna av långvariga psykiska belastningar samt utveckla statistik i anslutning till ersättningar med anledning av psykiska faktorer.</p>	
Nyckelord yrkessjukdomar, mental hälsa, sjukdom, stress, arbete	

Övriga uppgifter www.stm.fi			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets promemorior 2003:19		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-1331-8
Sidoantal 66	Språk finska	Pris 14,80 €	Sekretessgrad offentlig
Distribution Social- och hälsovårdsministeriets publikationsförsäljning PB 536, 33101 Tammerfors, tln (03) 260 8158 och (03) 260 8535, fax (03) 260 8150, e-post: julkaisumyynti@stm.vn.fi		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

DOCUMENTATION PAGE

Publisher Ministry of Social Affairs and Health, Finland		Date 12 June 2003	
Authors Working Group considering payment of occupational disease compensation for mental illness (PSYKO) Chairman: Sakari Toila Secretaries: Kirsi Pohjolainen, Kimmo Kuoppasalmi		Type of publication Working Group Memorandum	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
		Date of appointing the organ 10 September 2001	
Title of publication Memorandum of the Working Group considering payment of occupational disease compensation for mental illness (PSYKO Working Group)			
Parts of publication			
Summary The Working Group has investigated if occupational disease compensation could be payable on grounds of work-related or work environment-related psychological factors. It has examined expressly 1) if there is indisputable medical evidence that some factor affecting an individual from outside could cause him or her a certain condition classifiable as a mental illness; 2) possible causal connections between psychological factors and physical illness in the light of present knowledge; 3) if there are medical methods to separate various causal factors from each other and to assess their influence on the emergence of mental illness; 4) if there are methods by which it could be assessed objectively and analysed how several mental disorders of a person impact on the person's overall mental or physical state of health; and 5) how to consider the role of individual personal factors in the emergence of mental illnesses. Furthermore, the Working Group has studied the praxis of paying compensation for mental disorders in some other countries. The Working Group has stated that the significance of mental stress factors and mental disorders in working life has increased. According to studies there appears to be a connection identifiable at group level between stress factors and mental symptoms. On the other hand, there is no unambiguous scientific indication of an exactly definable stress factor at work and a mental disorder diagnosed at individual level. Compensation for a mental disorder is payable under the statutory accident insurance scheme when caused by an acute event and in connection with physical occupational diseases, but not in connection with long-term psychological factors occurring at work. Factors that could involve problems in view of possible payment of compensation are the lack medical evidence about causal connections, the undeveloped methods of measuring mental stress at the individual level, the descriptive character of psychiatric diagnoses, and practical and legal problems related to the definition of both stress and illness. Based on these factors the Working Group concludes that at present we do not have sufficient criteria for inclusion of mental factors in the occupational disease legislation. As this opinion is expressly based on the inadequacy of the information available, the Working Group has put forward some proposals for studying the connections between mental stress factors at work and mental disorders. It is also necessary to develop the methods of measuring mental stress factors and to carry on studies of connections between mental stress factors and mental disorders. Effects of continued mental stress situations should also be studied and the statistics on compensation events related to psychological factors should be developed.			
Key words occupational diseases, mental health, illness, stress, work			
Other information www.stm.fi			
Title and number of series Working Group Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2003:19		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-1331-8
Number of pages 66	Language Finnish	Price 14,80 €	Publicity Public
Distributor/Orders Publications sale of the Ministry, P.O. Box 536, 33101 Tampere, tel. +358 3 260 8535 and +358 3 260 8158		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

Muut tiedot www.stm.fi			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:19		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-1331-8
Kokonaissivumäärä 66	Kieli suomi	Hinta 14,80 €	Luottamuksellisuus julkinen
Jakaja STM:n julkaisumyynti, PL 536, 33101 Tampere, puh. 03-260 8158 ja 03-260 8535, fax 03-260 8150		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 10.9.2001 työryhmän, jonka tehtävänä oli selvittää, voiko työhön tai työympäristöön liittyvä psyykinen tekijä olla ammattitautikorvauksen perusteena. Työryhmä nimettiin Psykkisten sairauksien ammattitautikorvausta selvittäväksi työryhmäksi (Psyko).

Toimeksiannon taustalla oli sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Työtapaturma- ja ammattitautilainsäädännön kehittämistyöryhmän (Take) työryhmämuistio (sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 2000:17), jossa oli todettu, että työn ja työympäristön vaikutusta psyykkiseen terveydentilaan tulee selvittää. Työryhmä ehdotti kolmikan- taisen selvitystyön käynnistämistä selvittämään, onko olemassa riittäviä perusteita sille, että työympäristön psyykinen tekijä voisi olla ammattitautikorvauksen perusteena ja mahdollisten lainmuutosten tekemiseksi.

Voimassa olevan ammattitautilain (1343/1988) mukaan ammattitaudilla tarkoitetaan sairautta, joka tapaturmavakuutuslain tai valtion virkamiesten tapaturmakorvauksesta annetun lain mukaisessa työ- tai virkasuhteessa taikka maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuslain mukaisessa maatalousyrittäjätyössä todennäköisesti on pääasiallisesti aiheutunut fysikaalisista, kemiallisista tai biologisista tekijöistä. Jotta sairaus voidaan katsoa ammattitaudiksi, nykyinen lainsäädäntö edellyttää, että voidaan osoittaa todennäköinen syy-seuraussuhde sairauden ja työssä tapahtuneen altistumisen välillä. Tämä puolestaan edellyttää sitä, että yleisellä tasolla on olemassa lääketieteellinen osoitus siitä, että altistuminen jollekin määrätyleiselle tekijälle voi ylittää aiheuttaa tietyn sairauden. Sen lisäksi edellytetään, että työntekijän voidaan osoittaa altistuneen työssään yksilötasolla tälle tekijälle siinä määrin, että se on voinut aiheuttaa hänelle mainitun sairauden. Korvattavuus edellyttää myös, että sairauden todennäköisempi aiheutuminen työn ulkopuolisesta altistuksesta tai tekijästä voidaan sulkea pois.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän työn tavoitteena oli selvittää, voiko työhön tai työympäristöön liittyvä psyykkinen tekijä olla ammattitautikorvauksen perusteena sekä tarvittaessa laatia mahdolliset lainmuutosesitykset.

Työryhmän tuli nimenomaisesti selvittää

1. onko olemassa kiistatonta lääketieteellistä osoitusta siitä, että jokin yksittäinen, yksilöön ulkoapäin kohdistuva tekijä voisi aiheuttaa hänelle tietyn, psyykkiseksi sairaudeksi luokiteltavissa olevan tilan;
2. minkälainen on nykyinen tietämys mahdollisesta syy-yhteydestä psyykkisten tekijöiden ja fyysisten sairauksien välillä;
3. onko olemassa lääketieteellisiä menetelmiä, joilla voitaisiin erotella erilaiset syytekijät toisistaan ja arvioida niiden vaikuttavuutta psyykkisten sairauksien syntyyn;
4. onko olemassa menetelmiä, joilla voitaisiin objektiivisesti arvioida työssä ja sen ulkopuolella tapahtuneen psyykkisen altistuksen keskinäisiä määrällisiä ja laadullisia vaikutuksia;
5. onko olemassa luotettavia menetelmiä, joilla voitaisiin arvioida ja eritellä henkilön useiden erilaisten psyykkisten sairauksien osuutta hänen henkiseen tai fyysiseen kokonaisterveydentilaansa; ja
6. miten tulisi suhtautua yksilöllisten persoonallisten tekijöiden merkitykseen psyykkisten sairauksien synnyssä.

Lisäksi työryhmän tuli saatujen selvitysten perusteella arvioida, onko olemassa riittäviä edellytyksiä korvata psyykkisen tekijän aiheuttamia sairauksia ammattitautina. Mikäli työryhmä näin katsoo olevan, sen on lisäksi arvioitava, millaisia ongelmia syy-seuraussuhteen selvittämisessä saattaisi syntyä ja onko arvioitavissa korvattavien tapauksien laaja-alaisuus suomalaisessa työelämässä. Työryhmän tuli tarvittaessa myös laatia ehdotukset tarpeellisiksi lainmuutoksiksi.

Työryhmän puheenjohtajana toimi professori Sakari Tola Varma-Sammosta.

Työryhmän jäseninä olivat hallitussihteeri Jaakko Hannula sosiaali- ja terveysministeriöstä, asiantuntijalääkäri Kari Kaukinen Teollisuuden ja Työnantajain Keskusliitto TT:stä, työympäristöasiantuntija Erkki Auvinen Toimihenkilökeskusjärjestö STTK:sta, lääkintöneuvos Heikki Savolainen sosiaali- ja terveysministeriöstä, ylilääkäri Ilkka

Torstila Tapaturmavakuutuslaitosten liitosta, lakimies Markku Kojo Akavasta, oikeustieteen kandidaatti Maire Lumiaho Maa- ja metsätaloustuottajain Keskusliitto MTK:sta, oikeustieteen kandidaatti Mikko Räsänen Palvelutyönantajista, sosiaalipoliittinen sihteeri Mirja Janérus Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö SAK:sta. Työryhmän pysyvinä asiantuntijoina ovat toimineet professori Matti Huttunen, kuntoutuskoordinaattori Raija Hukkamäki Suomen Mielenterveysseurasta ja tutkimusprofessori Raija Kalimo Työterveyslaitokselta. Kalimon jäädessä eläkkeelle sosiaali- ja terveysministeriö nimitti 3.1.2002 hänen tilalleen asiantuntijaksi lääketieteen tohtori Teija Honkosen Työterveyslaitokselta. Lakimies Markku Kojon tilalle sosiaali- ja terveysministeriö nimitti 29.11.2002 lakimies Jaana Meklinin Akavasta.

Työryhmän sihteereinä toimivat lääketieteen ja kirurgian tohtori, dosentti Kimmo Kuoppasalmi Kansanterveyslaitokselta ja lakimies Kirsi Pohjolainen Tapaturmavakuutuslaitosten liitosta.

Työryhmä on kuullut seuraavia asiantuntijoita: Professori Raija Kalimo, Työterveyslaitos, professori Anna-Liisa Elo, Työterveyslaitos, professori Raimo Salokangas, TYKS Psykiatrian klinikka, ylilääkäri Markus Henriksson, Keskussotilassairaala Tilkka, professori Kari Lindström, Työterveyslaitos, professori Jouko Lönnqvist, KTL, vanhempi tutkija Antti Karjalainen, Työterveyslaitos, professori Peter Westerholm, Arbetslivsinstitutet, lakimies Hannu Ijäs, Suomen Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto, johtava työterveyslääkäri Juha Teirilä, Suomen Teollisuuslääketieteen Yhdistys / SOK, johtaja Leo Suomaa, STM:n työsuojeluosaston säädösyksikkö, professori Mika Kivimäki, Työterveyslaitos / Helsingin yliopisto.

Työryhmän toimikausi oli 15.9.2001-30.11.2002. Toimikautta jatkettiin 20.11.2002 STM:n päätöksellä 30.4.2003 saakka. Työryhmä kokoontui työnsä aikana 31 kertaa.

Saatuaan työnsä päätökseen työryhmä jättää kunnioittaen muistionsa sosiaali- ja terveysministeriölle.

Helsingissä 12. päivänä kesäkuuta 2003

Sakari Tola

Jaakko Hannula	Kari Kaukinen	Erkki Auvinen
Heikki Savolainen	Ikka Torstila	Jaana Meklin
Maire Lumiaho	Mikko Räsänen	Mirja Janérus
Matti Huttunen	Raija Hukkamäki	Teija Honkonen
Kimmo Kuoppasalmi	Kirsi Pohjolainen	

SISÄLLYSLUETTELO

1. NYKYTILA	15
1.1 TYÖELÄMÄN MUUTOS JA TYÖOLOJATUTKIMUKSET	15
1.2 PSYKKINEN KUORMITUS JA KUORMITTUMINEN TYÖSSÄ	16
1.2.1 Työn psyykkiset kuormitustekijät ja kuormitusmallit	16
1.2.2 Työn psyykkisten kuormitustekijöiden ja kuormituksen mittaaminen	17
1.2.3 Työolosuhteet psyykkisinä kuormitustekijöinä	17
1.2.4 Työkuormituksen yhteys psyykkisiin oireisiin ja mielenterveyden häiriöihin	17
1.2.5 Työuupumus	18
1.2.6 Kiusaaminen ja henkinen väkivalta	19
1.3 TYÖTURVALLISUUS- JA TYÖTERVEYSHUOLTOLAINSÄÄDÄNTÖ SEKÄ PSYKKINEN KUORMITUS ..	19
1.3.1 Työturvallisuuslaki	19
1.3.2 Työterveyshuoltolaki	21
1.4 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN LUOKITTELU	22
1.4.1 Mitä ovat mielenterveyden häiriöt?	22
1.4.2 ICD-10 ja DSM- IV -luokittelut	23
1.4.3 Tärkeimmät mielenterveyden häiriöiden ryhmät	24
1.4.3.1 Elimellisoireiset häiriöt	24
1.4.3.2 Päihteisiin liittyvät häiriöt	24
1.4.3.3 Skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt	24
1.4.3.4 Mielialahäiriöt	25
1.4.3.5 Ahdistuneisuushäiriöt	25
1.4.3.6 Psyykkiset kriisit ja elämäntilanteisiin liittyvät reaktiiviset häiriöt (sopeutumishäiriöt) ..	26
1.4.3.7 Persoonallisuushäiriöt	26
1.5 PSYKKISEN OIREILUN JA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN ESIINTYVYYS SUOMESSA	29
1.6 MIELENTERVEYSHÄIRIÖT KORVAUKSEN PERUSTEENA SOSIAALIVAKUUTUKSESSA	30
1.6.1 Sairausvakuutus	30
1.6.2 Eläkevakuutus	31
1.6.3 Lakisääteinen tapaturmavakuutus	35
1.6.3.1 Työtapaturman ja ammattitaudin käsitteet	35
1.6.3.1.1 Työtapaturman käsite	35
1.6.3.1.2 Ammattitaudin käsite	35
1.6.3.1.3 Työhön liittyvät sairaudet, työperäiset sairaudet	36
1.6.3.2 Syy-yhteyden arviointi lakisääteisessä tapaturmavakuutuksessa	36
1.6.3.2.1 Työtapaturmat ja syy-yhteyden arviointi	37
1.6.3.2.2 Ammattitaudit ja syy-yhteyden arviointi	38
1.6.3.3 Mielenterveyden häiriöiden korvaaminen lakisääteisessä tapaturmavakuutuksessa	40
1.6.3.4 Korvauskäytäntö eräissä muissa maissa	40
2 NYKYTILAN ARVIOINTI.....	47
2.1 TOIMEKSIANNON KYSYMYSTEN TARKASTELU	47
2.1.1 Onko olemassa kiistatonta lääketieteellistä osoitusta siitä, että jokin yksittäinen, yksilöön ulkoapäin kohdistuva tekijä voisi aiheuttaa hänelle tietyn, psyykkiseksi sairaudeksi luokiteltavissa olevan tilan?	47
2.1.2 Minkälainen on nykyinen tietämys mahdollisesta syy-yhteydestä psyykkisten tekijöiden ja fyysisten sairauksien välillä?	49
2.1.3 Onko olemassa lääketieteellisiä menetelmiä, joilla voitaisiin erotella erilaiset syytekijät toisistaan ja arvioida niiden vaikuttavuutta psyykkisten sairauksien syntyyn?	50
2.1.4 Onko olemassa menetelmiä, joilla voitaisiin objektiivisesti arvioida työssä ja sen ulkopuolella tapahtuneen psyykkisen altistuksen keskinäisiä määrällisiä ja laadullisia vaikutuksia?	51
2.1.5 Onko olemassa luotettavia menetelmiä, joilla voitaisiin arvioida ja eritellä henkilön useiden erilaisten psyykkisten sairauksien osuutta hänen henkiseen tai fyysiseen kokonaisterveydentilaansa?	52

2.1.6	<i>Miten tulisi suhtautua yksilöllisten persoonallisten tekijöiden merkitykseen psyykkisten sairauksien synnyssä?</i>	52
2.2	KOKONAISARVIOINTI	53
2.2.1	<i>Onko olemassa riittäviä edellytyksiä korvata psyykkisen tekijän aiheuttamia sairauksina ammattitautina?</i>	53
2.2.1.1	Psyykkisen tekijän määrittäminen	53
2.2.1.2	Syy-yhteyttä koskevan tiedon arvioinnista	53
2.2.1.2.1	Ammattitautilainsäädännön edellyttämä syy-yhteyden arviointi	53
2.2.1.2.2	Hoitoon ja korvauksiin liittyvä erilainen syy-yhteysarviointi	54
2.2.1.2.3	Lääketieteellinen tietämys mielenterveyden häiriöiden syistä	55
2.2.1.2.4	Nykyisen lainsäädännön perusteella ammattitautina korvattavat mielenterveyden häiriöt	56
2.2.2	<i>Millaisia ongelmia syy-seuraussuhteen selvittämisessä saattaisi syntyä?</i>	56
2.2.2.1	Syytekijöiden erottelu	56
2.2.2.2	Eri syytekijöiden merkityksien/painoarvojen erottelu	56
2.2.2.3	Altisteen objektiivinen toteaminen ja mittaaminen (objektiivisuuden vaatimus)	56
2.2.2.4	Vapaa-ajan altistumisen huomioiminen	57
2.2.2.5	Korvauskäsittelyssä tarvittavien tietojen hankkiminen	57
2.2.2.6	Altiste-sairaus – parien muodostaminen	58
2.2.2.7	Yksilölliset persoonalliset tekijät	58
2.2.2.8	Ongelmien vaikutus käytännössä	59
2.2.3	<i>Onko arvioitavissa korvattavien tapausten laaja-alaisuus suomalaisessa työelämässä?</i> ..	60
3	TYÖRYHMÄN JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUSTARPEET	61
3.1	JOHTOPÄÄTÖKSET	61
3.2	TUTKIMUS- JA KEHITYSTARPEET SEKÄ TOIMENPITEET	62
	Kirjallisuusviitteet	66

1. NYKYTILA

1.1 Työelämän muutos ja työolotutkimukset

Suomalainen yhteiskunta on kokenut suuria muutoksia 1990-luvun aikana ja sen alun lamavuosien jälkeen. Liittyminen Euroopan Unioniin ja Euroopan talous- ja rahaliittoon olivat merkittäviä ratkaisuja yhteiskuntapolitiikan kaikkien alueiden, myös työelämän näkökulmasta. Viimeisten kymmenen vuoden aikana on myös syntynyt 300.000 uutta työpaikkaa työttömyyden kuitenkin pysyessä korkealla tasolla.

Yritysten kansainvälistyminen ja maailmanlaajuinen kilpailu yritysten, valtioiden ja alueiden välillä vaikuttavat monella tavalla myös työelämään. Työntekijöiltä edellytetään yksilökohtaista ammatillista osaamista, jatkuvaa oppimista ja ammatillista kehittymistä, mutta myös hyviä valmiuksia yhteistyöhön ja monimuotoiseen vuorovaikutukseen sekä oman työnsä arviointiin ja suuntaamiseen. Myös ihmisten liikkuvuuden lisääntyminen tuo uusia vaatimuksia työelämään.

Suomen elinkeinorakenne on muuttunut merkittävästi. Selvimmät elinkeinorakenteen muutokset 1970-luvun jälkeen ovat liittyneet maa- ja metsätalouden selvään supistumiseen ja palvelujen kasvuun. Tämän kehityksen odotetaan jatkuvan, tosin aikaisempaa hitaampana. Teollisuudessa työskentelevän työvoiman määrä on jonkin verran vähentynyt ja kaupan ala pysynyt suunnilleen ennallaan.

Elinkeinorakenteen muutoksen ohella tapahtuu muutoksia ammattirakenteessa. Muutokselle tyypillistä on ollut toimihenkilöistyminen ja palvelutyön lisääntyminen. Myös teollisuuden sisällä tapahtuu jatkuvasti toimihenkilöistymistä ja henkisen työn korostumista ruumiillisen työn kustannuksella. Informaatioteknologian ammatit ovat lisääntyneet voimakkaimmin. Myös sosiaalista osaamista vaaditaan enemmän.

Nykyiselle työelämälle on ominaista muuttuvat tehtävät, roolit ja ammatit, joustavat työjärjestelyt ja tuotantomallit, matalat organisaatiot ja johtamisen delegointi. Kapean erikoistumisen sijasta edellytetään monitaitoisuutta. Nykyään työ ja koulutusvaiheet vuorottelevat, toistuva ja jatkuva kouluttautuminen on osa työelämää.

Ammattitaitoisen työvoiman saatavuus on yhä tärkeämpi perusedellytys niin yritysten kuin julkisen hallinnon ja muiden organisaatioiden menestymisen kannalta. Erityisesti työvoiman ikärakenne muodostaa suuren haasteen Suomen menestykselle kansainvälisessä kilpailussa. Nuorten työntekijöiden määrä on vähentynyt ja vähenee edelleen. Vähitellen muutkin työvoimaan kuuluvat ikäluokat pienenevät.

Työolotutkimuksia

Tilastokeskuksen vuosina 1977, 1984, 1990 ja 1997 toteuttamat työolotutkimukset ovat laajoja, 3 000-5 700 palkansaajalle suunnattuja haastattelututkimuksia. Ne kartoittavat palkansaajien kokemuksia fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta työympäristöstä. Tutkimukset selvittävät myös palkansaajien työmarkkina-aseman sekä työn organisoinnin ja työvälineiden aiheuttamia muutoksia samoin kuin työn ja perheen yhteensovittamista sekä tasa-arvon tai syrjinnän kokemuksia.

Tulokset osoittavat, että työolojen kehittäminen on tuottanut tuloksia suomalaisessa työelämässä viimeisten 20 vuoden aikana. Työolotutkimusten mukaan palkansaajien työtehtävät ovat monipuolistuneet ja työpaikkakoulutukseen osallistuminen on lisääntynyt. Henkilöstö kokee myös voivansa vaikuttaa työhönsä entistä enemmän. Työ koetaan mielenkiintoiseksi, työtovereilta ja esimiehiltä saadaan tukea aiempaa paremmin.

Kehitykseen on liittynyt kuitenkin myös kielteisiä piirteitä: Yksi suurimpia muutoksia 1990-luvulla on ollut työtahdin kiristyminen. Tuottavuus- ja joustavuusajattelu on kasvattanut paineita työpaikoilla. Epävarmuus, kilpailu ja määräaikaiset työsuhteet ovat lisääntyneet. Työ rasittaa henkisesti aiempaa enemmän. Kiire ja epävarmuus työsuhteen jatkumisesta heijastuvat työyhteisöön, ja sosiaaliset ristiriidat työpaikoilla ovat yleistyneet. Kaksi viidestä suomalaisesta palkansaajasta on havainnut kiusaamista työpaikallaan.

Laman jäljet näkyvät myös muutoksina työmarkkina-asemissa. Vuoden 1997 työolotutkimuksessa jo joka kolmas palkansaaja kertoi olleensa vähintään kerran työttömänä tai lomautettuna viimeisten viiden vuoden aikana. Keskimääräinen työttömyyskuukausien määrä oli kasvanut 12 kuukauteen.

Uudet työn järjestämisen tavat edellyttävät työntekijöiden voimakasta sitoutumista. Näyttää siltä, että palkansaajat arvostavat ansiotyötä ja omaa työtään entistä enemmän nyt, kun työsuhteet ovat käyneet epävarmemmiksi ja työpaineet kovemmiksi. Työpaikkauskollisuus on laman seurauksena kokenut renessanssin – ainakin vakinaisessa työsuhteessa olevilla.

1.2 Psyykkinen kuormitus ja kuormittuminen työssä

1.2.1 Työn psyykkiset kuormitustekijät ja kuormitusmallit

Työn sisällön ja toimintaympäristön jatkuvat muutokset ovat keskeisiä tekijöitä, jotka aiheuttavat sekä määrällistä että laadullista kuormittuneisuutta työssä. Työn psyykkisiin ja sosiaalisiin kuormitustekijöihin luetaan kuuluviksi itse työhön, työn organisointiin ja työyhteisöön liittyvät tekijät. Työn, työyhteisön ja yksilön psyykkisen hyvinvoinnin välistä yhteyttä voidaan tarkastella kolmella tasolla:

- yksilönäkökulmasta,
- työ-ihminen-vuorovaikutuksena ja
- työyhteisönäkökulmasta.

Työstressiteoriat kuvaavat vuorovaikutusta yksilön ja hänen ympäristönsä välillä. Pitkään jatkuva ristiriita yksilön edellytysten ja ympäristön vaatimusten välillä johtaa niiden mukaan haitalliseen kuormitukseen ja stressioireisiin. European Agency for Safety and Health at Work- järjestön tuottama katsaus Research on work-related stress (2000) jakaa stressin kolmeen eri käsitekategoriaan:

- ”insinööritieteellinen” näkemys stressistä ulkoisena tekijänä,
- fysiologinen näkemys stressistä elimistön reaktiona,
- psykologinen, yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksellisuutta korostava näkökulma, joka edelleen jakautuu kahteen toisiaan täydentävään osaan:
 - interaktiivinen, jolla tarkoitetaan yksilön ja ympäristön välistä vuorovaikutusta ja
 - transaktiivinen, jolla tarkoitetaan muun muassa ihmisen sisäisiä sopeutumis- ja selviytymiskeinoja.

Tämän laajaan yleiseurooppalaiseen valmisteluun perustuvan kirjan mukaan viimeksi mainittu stressiteoria on tämän päivän tutkimuksessa hallitsevana.

Stressimalleja on edellä kuvatun eurooppalaisen raportin karkean jaottelun sisällä useita. Fysiologiseen vasteeseen liittyvän ns. Selyen mallin jälkeen empiirisessä tutkimuksessa alaa on voittanut ns. Karasekin työstressimalli, joka koostuu kahdesta psykososiaalisesta työympäristöön kuuluvasta osasta: työn vaatimukset ja työn hallinta. Työn vaatimukset sisältää työmäärän, työn hallinta ihmisen vaikutus- ja kehittymismahdollisuudet. Myöhemmin tähän malliin on lisätty vielä työssä saatu sosiaalinen tuki. Karasekin mallia uudempi on ns. Siegristin malli, jossa työssä ponnistelujen ja palkitsevuuden epäsuhta selittää työn stressivaikutusta. Ponnisteluilla tarkoitetaan työn vaatimuksia ja velvoitteita, palkitsevuudella työstä saatavaa palkkaa, arvostusta ja asemaa.

1.2.2 Työn psyykkisten kuormitustekijöiden ja kuormituksen mittaaminen

Työn kuormitustekijöitä ja niiden aiheuttamaa kuormitusta voidaan mitata monin tavoin. Työkuormituksen mittaamiseksi on olemassa validoituja kyselyyn, havainnointiin ja haastatteluun perustuvia tutkimusmenetelmiä, joilla voidaan arvioida työn ja työolosuhteiden yleistä tai keskimääräistä kuormittavuutta. Valtaosa menetelmistä on kyselymenetelmiä ja ne perustuvat henkilön omaan arvioon. Näiden menetelmien myönteisenä puolena on suhteellinen helppokäyttöisyys verrattuna ulkopuolisen havainnoijan käyttöön perustuviin menetelmiin. Kyselymenetelmät ovat ryhmätasolla luotettavia ja toistettavia, mutta yksilötasolla niihin liittyy luotettavuusongelmia. Käytettävissä ei ole myöskään menetelmiä, joilla voitaisiin luotettavasti arvioida työssä ja sen ulkopuolella tapahtuvan psyykkisen stressialtistuksen keskinäisiä määrällisiä ja laadullisia vaikutuksia.

1.2.3 Työolosuhteet psyykkisinä kuormitustekijöinä

Työstressiä on todettu esiintyvän vähemmän työolosuhteissa, joissa työntekijöillä on itsenäinen suhde omaan työhönsä, työn kohdistamat vaatimukset työntekijään ovat kohtuulliset ja työhön liittyvää sosiaalista tukea on saatavilla työtovereilta ja esimieheltä. Suomessa tehdyssä tutkimuksessa on myös osoitettu, että päätöksenteon oikeudenmukaiseksi kokeminen on yhteydessä työhyvinvointiin.

Työterveyslaitoksen vuonna 2000 julkaiseman Työ ja terveys -haastattelututkimuksen mukaan 1990-luvun viimeisinä vuosina Suomessa työstressi koko työvoimassa hieman väheni, mutta sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöillä se selvästi lisääntyi. Sosiaali- ja terveydenhuollon alalla pidettiin työn kuormittavuutta eri aloista kaikkein suurimpana. Tämä liittyi kiireen, työsuhteiden määräaikaaisuuden ja työssä esiintyvien väkivaltatilanteiden lisääntymiseen.

1.2.4 Työkuormituksen yhteys psyykkisiin oireisiin ja mielenterveyden häiriöihin

Poikkileikkaustutkimuksissa on todettu yhteys työkuormituksen ja masennusoireilun tai strukturoidun haastattelun perusteella todetun kliinisen masennustilan välillä senkin jälkeen, kun muut sekoittavat tekijät on huomioitu. Englantilaisessa terveydenhuoltohenkilökunnan keskuudessa tehdyssä huolellisessa tapaus-verrokki -tutkimuksessa on lisäksi todettu, että työhön liittyvillä ristiriidoilla ja työpaikan johdon tuen puutteella on työn ulkopuolella esiintyvistä ajankohtaisista tai pitempiaikaisista kuormitustekijöistä riippumaton itsenäinen vaikutuksensa henkilökunnan masennus- ja ahdistusoireiluun.

Myös useita pitkittäistutkimuksia kuormittavien työolosuhteiden ja masennusoireiden yhteydestä on tehty. Pitkittäistutkimuksissa työkuormituksen on todettu ennustavan psyykkistä oireilua ja myös lääkärin diagnosoimia mielenterveyshäiriöitä.

Ranskassa GAZEL -tutkimuksessa seurattiin runsaan 10 000 kansallisen sähkö- ja kaasu-yhtiön työntekijän kohorttia vuoden ajan. Molemmilla sukupuolilla korkeat vaatimukset ja vähäinen sosiaalinen tuki työssä ja miehillä lisäksi vähäiset vaikuttamismahdollisuudet omaan työhön ennustivat masennusoireiden lisääntymistä persoonallisuuden piirteistä ja muista sekoittavista tekijöistä huolimatta.

Englannissa tehdyssä Whitehall II -tutkimuksessa seurattiin runsaan 10 000 virkamiesten kohorttia viiden vuoden ajan. Tutkimuksessa osoitettiin, että vähäiset vaikutusmahdollisuudet työssä, korkeat työn vaatimukset ja vähäinen työssä saatu sosiaalinen tuki sekä ponnistelun ja palkitsevuuden epäsuhta olivat psyykkisen oireilun riskitekijöitä.

Suomalaisessa sairaalahenkilöstön hyvinvointi- tutkimuksessa seurattiin noin 2000 naispuolisen sairaalatyöntekijän kohorttia. Lääkärin diagnosoimien mielenterveyshäiriöiden ilmaantuvuus kahden vuoden seurannassa oli 70 % korkeampi niissä työyksiköissä, joissa johtaminen koettiin epäoikeudenmukaiseksi verrattuna niihin yksiköihin, joissa johtaminen koettiin oikeudenmukaiseksi.

1.2.5 Työuupumus

Työuupumuksella tarkoitetaan työstä johtuvaa, pitkäaikaisen työkuormituksen seurauksena syntynyttä tilaa, jota luonnehtivat kokonaisvaltainen väsymys, kyynistyneisyys ja ammatillisen itsetunnon lasku. Työuupumus ei ole diagnostinen käsite. Sitä ei pidetä kansainvälisessä tautiluokituksessa sairautena vaan se on luokiteltu ryhmään Z 73 Elämäntilanteen hallintaan liittyvät ongelmat. Työuupumustutkimuksia tehdään epidemiologisina kyselytutkimuksina, joissa nykyisin käytetään vuonna 1996 julkaistua mittaria (Maslach Burnout Inventory-General Scale, MBI-GS).

Terveys 2000 -tutkimuksessa selvitettiin vuosina 2000-2001 aikana ansiotyössä olleiden 30-64 -vuotiaiden henkilöiden työuupumuksen esiintyvyyttä Suomessa. Työuupumuksen mittaamisessa käytettiin MBI-GS -kyselylomaketta, mikäli tutkittava oli ollut työssä edeltäneiden 12 kuukauden aikana. Kyselyn perusteella todettiin, että 2.5 % tutkituista oli vakava-asteisesti työuupuneita ja joka neljännellä työssä olevalla esiintyi lieviä työuupumuksen oireita.

Tutkimustietoa työuupumuksen ja mielenterveyden häiriöiden välisistä yhteyksistä on toistaiseksi niukasti. Työuupumus voi olla merkittävä osatekijä esimerkiksi monissa masennustiloissa, sekä vakavissa mielialahäiriöissä että lievemmissä sopeutumishäiriöoireyhtymissä. Työuupumuksen ja masennusoireyhtymien välistä yhteyttä on toistaiseksi tutkittu vain itsearviointien perusteella, jolloin masennustilojen mittaamiseen on käytetty masentuneisuusasteikkoja eikä strukturoituun haastatteluun perustuvaa arviointia. Terveys 2000 -tutkimuksessa, jossa mielenterveyden häiriöiden arviointiin käytettiin strukturoitua CIDI -haastattelumenetelmää, on tarkoitus selvittää työuupumuksen ja mielenterveyden häiriöiden välisiä yhteyksiä. Eteneviä pitkittäistutkimuksia, joissa työuupuneiden mielenterveyden häiriöiden arviointiin olisi käytetty strukturoitua haastattelua, ei ole.

1.2.6 Kiusaaminen ja henkinen väkivalta

Vakavia työn ja työyhteisön ongelmatilanteita ovat myös kiusaaminen ja henkinen väkivalta. Työpaikkakiusaamisella tarkoitetaan työtovereiden tai esimiehen ja alaisen välistä ristiriitatilanteita, joissa kiusattu alistetaan. Henkinen väkivalta on pitkään jatkuvaa ja toistuvaa vakavanlaatuista kiusaamista, sortamista tai epäoikeudenmukaista kohtelua, johon nähden kiusattu on puolustuskyvytön.

Työterveyslaitoksen vuoden 2000 Työ ja terveys -haastattelututkimuksen aineistoon valittiin Väestörekisteristä satunnaisotannalla kerättyjä 25-64 -vuotiaita henkilöitä. Aineisto kerättiin puhelinhaastatteluina ja se edusti hyvin Suomen työikäistä väestöä. Tutkimuksen mukaan henkistä väkivaltaa työssä oli haastatteluajankohtana kokenut 3 % miehistä ja

5 % naisista; sukupuolista häirintää oli viimeksi kuluneen vuoden aikana kokenut alle 1 % aineiston miehistä ja 2 % naisista.

Tuoreessa suomalaisessa työpaikkakiusaamista käsittelevässä väitöskirjassa todettiin, että kiusaamista työpaikalla oli kokenut sairaalatyöntekijöistä 5%, kuntatyöntekijöistä 10% ja vankilatyöntekijöistä 20 %.

Suomalaisessa sairaalahenkilöstön hyvinvointi- seurantatutkimuksessa kokemuksen kiusaamisesta on todettu olevan yhteydessä lisääntyneeseen sairauslomien määrään. Tässä pitkittäistutkimuksessa todettiin myös yli kaksi vuotta jatkuneen kokemuksen työpaikkakiusaamisesta nelinkertaistavan masennusriskin.

1.3 Työturvallisuus- ja työterveyshuoltolainsäädäntö sekä psyykkinen kuormitus

Työelämää koskeviin erityislakeihin, sekä uuteen työterveyshuoltolakiin että uuteen työturvallisuuslakiin on lisätty säännöksiä työkuormituksesta ja sen huomioon ottamisesta työpaikan työturvallisuustoiminnassa ja työterveyshuollossa. Voitaneen sanoa, että uusien säännösten eräänä taustatavoitteena on edistää osaltaan työntekijöiden työssä jaksamista ja jatkamista suhteuttamalla työn vaatimukset ja työntekijän voimavarat oikein.

1.3.1 Työturvallisuuslaki

Työturvallisuuslaki (738/2002) on tullut voimaan 1.1.2003. Lailla on kumottu edellinen, vuonna 1958 annettu työturvallisuuslaki.

Lain tarkoituksena on parantaa työympäristöä ja työolosuhteita työntekijöiden työkyvyn turvaamiseksi ja ylläpitämiseksi sekä ennalta ehkäistä ja torjua työtapaturmia, ammattitauteja ja muita työstä ja työympäristöstä johtuvia työntekijöiden fyysisen ja henkisen terveyden haittoja. Tarkoituksena on kirjattu sekä parantamistavoite, vaarojen ehkäisyajatus että turmien torjunta. Se, mihin vaikutetaan, on työympäristö ja työolosuhteet.

Tavoitteena on turvata työntekijän työkyky koko työuran ajan, sikäli kuin siihen voidaan työolosuhteiden ja työympäristön turvallisuudella ja terveellisyydellä ja niiden sääntelyllä vaikuttaa. Laissa ei säännellä eikä määritellä työkykyä ylläpitävää toimintaa, koska sen toteuttamisesta työpaikoilla työterveyshuoltoon kuuluvilta osiltaan on säädetty työterveyshuoltolaissa ja lisäksi se liittyy työnantajan henkilöstöpolitiikkaan. Lainvalmistelussa ei myöskään ole ollut tavoitteena koordinaatio esimerkiksi ammattitautoja

koskevan lainsäädännön kanssa. Terveydellä työturvallisuuslaissa tarkoitetaan sekä fyysistä että henkistä terveyttä.

Uudessa työturvallisuuslaissa ja sen mukaisessa työssä ilmenevien vaaratekijöiden sääntelyssä työelämän muutos on huomioitu siten, että perinteisen kone- ja laiteturvallisuuden sekä työtapaturmien ja ammattitautien estämistavoitteen lisäksi laissa säädetään nyt myös työn henkisestä ja fyysisestä kuormittavuudesta, ergonomiasta, väkivallan uhkasta, häirinnästä ja muusta epäasiallisesta kohtelusta ja yksintyöskentelystä sekä toimenpiteistä niihin liittyvien vaarojen poistamiseksi tai vähentämiseksi.

Kuormitus

Työturvallisuuslaissa kuormituksella tarkoitetaan työntekijän sekä psyykkistä että fyysistä kuormitusta. Uuteen lakiin on lisätty säännöksiä työn haitallisesta kuormituksesta. Tarkoituksena on, että kuormitustekijöistä aiheutuvaa vaaraa tai haittaa voidaan välttää tai vähentää jo työn suunnitteluvaiheessa. Jos työntekijän todetaan työssään jo kuormittuvan hänen terveyttään vaarantavalla tavalla, työnantajan on asiasta tiedon saatuaan ryhdyttävä toimiin kuormitustekijöiden selvittämiseksi ja vaaran vähentämiseksi. Mikäli kuormittumisen toteamiseen tarvitaan asiantuntijan apua, työnantajan tulee ensisijaisesti käyttää työterveyshuollon apua.

Työturvallisuuslain 10 § koskee työn vaarojen selvittämistä ja arviointia. Työnantajan on työn ja toiminnan luonne huomioon ottaen riittävän järjestelmällisesti selvitettävä ja tunnistettava työstä, työtilasta, muusta työympäristöstä ja työolosuhteista aiheutuvat haitta- ja vaaratekijät sekä, milloin niitä ei voida poistaa, arvioitava niiden merkitys työntekijöiden turvallisuudelle ja terveydelle. Tällöin on otettava huomioon muun muassa työn kuormitustekijät. Lain 13 §:n perusteella työn suunnittelussa ja mitoituksessa on otettava huomioon työntekijöiden fyysiset ja henkiset edellytykset, jotta työn kuormitustekijöistä työntekijän turvallisuudelle tai terveydelle aiheutuvaa haittaa tai vaaraa voidaan välttää tai vähentää. Lain 24 §:n mukaan työpisteen ergonomia, työasennot ja työliikkeet on oltava sellaisia, että työ voidaan tehdä aiheuttamatta työntekijän terveydelle haitallista tai vaarallista kuormitusta. Lain 26 § koskee näyttöpäätetyötä ja siihen liittyvien haitallisten tai vaarallisten kuormitustekijöiden vähentämistä.

Lain 25 §:n mukaan jos työntekijän todetaan työssään kuormittuvan hänen terveyttään vaarantavalla tavalla, työnantajan on asiasta tiedon saatuaan käytettävissään olevin keinoin ryhdyttävä toimiin kuormitustekijöiden selvittämiseksi sekä vaaran välttämiseksi tai vähentämiseksi. Pykälä koskee siten jo olemassa olevan kuormituksen vähentämistä ja sillä on kytkentä työterveyshuoltolain 12 §:n mukaiseen työntekijän perustellusta syystä työkuormituksestaan pyytämään selvitykseen. Samoin jo olemassa olevan kuormituksen vähentämiseen liittyy 31 §, joka koskee yhtäjaksoisesti kuormittavan työn tauottamista.

Häirintä

Työturvallisuuslakiin on lisätty säännöksiä myös häirinnästä. Lain 18.3 § koskee työntekijän velvollisuuksia ja sen mukaan työntekijän on työpaikalla vältettävä sellaista muihin työntekijöihin kohdistuvaa häirintää ja muuta epäasiallista kohtelua, joka aiheuttaa heidän turvallisuudelleen tai terveydelleen haittaa tai vaaraa. Lain 28 §:n häirintää koskeva säännös kohdistuu työnantajaan: jos työssä esiintyy työntekijään kohdistuvaa

hänen terveydelleen haittaa tai vaaraa aiheuttavaa häirintää tai muuta epäasiallista kohtelua, työnantajan on asiasta tiedon saatuaan käytettävissään olevin keinoin ryhdyttävä toimiin epäkohdan poistamiseksi.

Väkivallan uhka

Työturvallisuuslain 27 § sisältää säännöksiä väkivallan uhkasta työssä. Työ ja työolosuhteet on järjestettävä siten, että väkivallan uhka ja väkivaltatilanteet ehkäistään mahdollisuuksien mukaan ennakolta. Työpaikalla on oltava väkivallan torjumiseen tai rajoittamiseen tarvittavat asianmukaiset turvallisuusjärjestelyt tai –laitteet sekä mahdollisuus avun hälyttämiseen. Lisäksi työnantajan on laadittava menettelytapaohjeet uhkaavien tilanteiden hallintaan ja toimintatapoihin.

Yksintyöskentely

Lain 29 §:n mukaan työssä, jossa työntekijä työskentelee yksin ja johon siitä syystä liittyy ilmeinen haitta tai vaara hänen turvallisuudelleen tai terveydelleen, työnantajan on huolehdittava siitä, että haitta tai vaara yksin työskenneltäessä vältetään tai se on mahdollisimman vähäinen.

Yötyö

Yötyötä tekeväälle työntekijälle on lain 30 §:n perusteella tarvittaessa järjestettävä mahdollisuus työtehtävien vaihtamiseen tai siirtymiseen päivätyöhön, jos tämä on olosuhteet huomioon ottaen mahdollista ja työtehtävien vaihtaminen on työntekijän henkilökohtaiset ominaisuudet huomioon ottaen tarpeellista työpaikan olosuhteiden tai työn luonteen työntekijän terveydelle aiheuttaman vaaran torjumiseksi.

1.3.2 Työterveyshuoltolaki

Vuoden 2002 alusta on tullut voimaan työterveyshuoltolaki (1383/2001). Lailla on kumottu aikaisempi vuonna 1978 annettu työterveyshuoltolaki.

Työterveyshuoltolaissa säädetään työnantajan velvollisuudesta järjestää työterveyshuolto sekä työterveyshuollon sisällöstä ja toteuttamisesta. Lain tarkoituksena on työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon yhteistoimin edistää

- 1) työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä,
- 2) työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta,
- 3) työntekijöiden terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa,
- 4) työyhteisön toimintaa.

Työnantajalla on oltava kirjallinen, vuosittain tarkistettava toimintasuunnitelma, joka sisältää työterveyshuollon yleiset tavoitteet sekä työpaikan olosuhteisiin perustuvat tarpeet ja niistä johtuvat toimenpiteet.

Työterveyshuoltoon kuuluu muun muassa työn ja työolosuhteiden terveellisyyden ja turvallisuuden selvittäminen ja arviointi toistuvien työpaikkakäynnein ja muita työterveyshuollon menetelmiä käyttäen ottaen huomioon työpaikan altisteet, työn kuormittavuus, työjärjestelyt sekä tapaturma- ja väkivaltavaara samoin kuin näiden tekijöiden huomioon ottaminen työtä, työmenetelmiä ja työtiloja suunniteltaessa sekä työolosuh-

teiden muutostilanteissa. Keskeinen elementti työterveyshuoltoa ovatkin työpaikkakäynnit ja niiden perusteella laadittava työpaikkaselvitys.

Työterveyshuoltoon kuuluu myös muun muassa työperäisten terveysvaarojen ja –haittojen, työntekijöiden terveydentilan sekä työ- ja toimintakyvyn selvittäminen, arviointi ja seuranta ja lisäksi toimenpide-ehdotusten tekeminen työn terveellisyyden ja turvallisuuden parantamiseksi. Työterveyshuollon sisällöstä säädetään kokonaisuudessaan työterveyshuoltolain 12 §:ssä ja sitä täydentävissä asetuksissa.

Työntekijän pyytämä selvitys työkuormituksesta

Uutuutena työterveyshuoltoon kuuluu myös työntekijän perustellusta syystä työkuormituksesta pyytämä selvitys (työterveyshuoltolain 12 §:n 1 momentin 4 kohta). Tällä tarkoitetaan lain perustelujen mukaan tilannetta, jossa työntekijällä on perusteltu syy epäillä työstä aiheutuvan terveyden vaaraa tai haittaa aiheuttavaa liiallista kuormitusta. Perustellulla syyllä tarkoitettaisiin tilannetta, jossa työntekijällä on ollut työkykyä heikentävää fyysistä tai psyykkistä oireilua, jolla hän arvioi olevan työperäinen yhteys. Selvää on, että perusteltu syy olisi olemassa, jos edellä mainittu oireilu on johtanut hoidon tarpeeseen tai sairauspoissaoloihin. Työntekijän tulisi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa kääntyä työnantajan, käytännössä lähimmän esimiehensä puoleen, jonka kanssa yhdessä selvitetään tilanteeseen johtaneita tekijöitä ja etsitään niihin ratkaisuja. Työterveyshuolto arvioisi pyynnöstä selvityksen tarpeen ja tekisi arvionsa perusteella tarvittaessa ehdotuksensa terveysvaarojen ja haittojen poistamiseksi tai vähentämiseksi. Yleensä haitalliseen kuormittavuuteen liittyvillä asioilla on yhteys työyhteisöjen toimivuuteen kokonaisuutena. Useimmiten kuormittavuutta koskevat selvitykset ja toimenpiteet koskevat useampia yksilöitä tai laajempaa osaa työyhteisöstä.

1.4 Mielenterveyden häiriöiden luokittelu

1.4.1 Mitä ovat mielenterveyden häiriöt?

Mielenterveyden ja sen häiriön välinen raja on nykykäsityksen mukaan liukuva. Esimerkiksi masentuneisuus tunnetilana on normaalia mielialan vaihtelua, mutta masennustila oireyhtymänä on kliinisesti merkittävä häiriö, joka tuottaa henkilölle kärsimystä, rajoittaa hänen itsemääräämisoikeuttaan ja vaatii aktiivista hoitoa.

Mielenterveyden häiriöiden etiologiaa (syytä) ei tiedetä, vaikka tieteellisessä tutkimuksessa onkin käytössä useita erilaisia syntyteorioita mielenterveyden häiriöiden kehittymiselle. Useimmat mielenterveyden häiriöt ovat parhaiten kuvattavissa oireyhtyminä. Tällöin tiettyjen oireiden samanaikainen esiintyminen muodostaa oirekokonaisuuden, oireyhtymän, jolla voidaan usein osoittaa olevan yhteinen häiriön kulku ja ennuste sekä reagoiminen tiettyntyyppisille psykiatrisille hoitomuodoille. Mielenterveyden häiriöiden validiteetti ei ole oireyhtymien välillä täysin selvä. Siksi häiriöiden diagnostiset kriteerit voivat aina tarkentua, kun uusi diagnoosiluokitus otetaan käyttöön. Samoin kliinisesti samanlaisina oireyhtyminä esiintyvät häiriöt voivat olla useiden etiologisten tekijöiden (tai niiden yhdistelmien) ilmiäisiä. Kuvaillevan diagnoosiluokituksen reliabiliteetti (toistettavuus) on kuitenkin osoittautunut hyväksi, koska häiriön ilmiäisistä (oireyhtymä, diagnostiset kriteerit) on mahdollista olla laaja-alaisesti yhtä mieltä, vaikka sen etiologisista tekijöistä kliinikot ja tutkijat olisivat hyvinkin erimielisiä. Taulukossa 1 on esitetty masennus tunnetilana ja oireyhtymänä normaalin vaihtelun ja häiriön (oireyhtymän) rajanvetoa nykytietämyksen pohjalta.

Huolimatta siitä, että virallinen psykiatrinen luokitus (DSM-IV, ICD-10) käyttää diagnostisessa luokittelussa kuvailevaa, oireyhtymän havaitsemislähtöistä lähestymistapaa, ilman, että se ottaa kantaa häiriön syyhyn, niin häiriöiden syntymistä koskevat erilaiset (etiologiset) teorit ovat intensiivisen tutkimuksen kohteena mielenterveyden häiriön syntymekanismissa.

Mielenterveyden häiriöiden syyt voidaan jaotella kolmeen ryhmään: 1) alttius, 2) laukaisevat tekijät ja 3) välittävät tekijät. Alttius mielenterveyden häiriölle voi olla geneettistä, varhaiskehitykseen tai degeneratiivisiin prosesseihin liittyvää. Varhaiskehitykseen voi liittyä biologisia ja psykososiaalisia tekijöitä. Biologisena tekijänä voi olla esimerkiksi äidin kokemus raskauden aikainen stressi tai hänen sairastamansa, keskushermoston kehitykseen vaikuttava infektio sekä erilaiset lapsuudenajan muut sairaudet. Degeneratiivisina prosesseina voivat olla muun muassa keskushermostossa iän myötä tapahtuvat muutokset, mutta yhtä hyvin tekijöinä voi olla myös lapsuuden, nuoruuden tai aikuisiän kemialliset altistukset (päihteet, ympäristökemikaalit ja saasteet). Elämäntapahäiriöt ovat kuitenkin pääasiassa nähtävä laukaiseviksi tekijöiksi, eikä pelkästään alttiutta lisääviksi tekijöiksi. Mielenterveyden häiriön alkamisen laukaisevina tekijöinä voivat olla muun muassa kehitykselliset kriisit, jotka sinänsä yksilön kannalta voivat olla joko positiivisia tai negatiivisia. Häiriöalttiutta lisäävänä tekijänä on muun muassa se, ettei henkilöllä ole välttämättä kykyä sopeutua sinänsä elämän normaaleihin muutostapahelmiin, kuten lasten kotoa lähtöön tai eläkkeelle jäämiseen. Kehityksellisten kriisien lisäksi äkilliset (läheisen kuolema, muut menetykset) ja pitkäaikaiset psyykkiset kuormitustekijät (työttömyys, lapsen krooninen sairaus), päihteet sekä ruumiilliset sairaudet voivat toimia sekä laukaisevina että rasitustekijöinä altistaen häiriölle tai häiriön pahenemiselle. Esimerkkejä välittävistä tekijöistä ovat muun muassa välittäjäainemuutokset aivoissa (mm. serotoniini), hormonaaliset muutokset ja neuropsykologisten urautumien aktivoituminen.

1.4.2 ICD-10 ja DSM- IV -luokittelut

Mielenterveyden häiriöiden diagnoosit luokitellaan kliinisessä psykiatriassa tällä hetkellä kahden eri diagnoosijärjestelmän avulla: International Classification of Diseases (ICD-10) ja Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).

ICD-10 otettiin Suomessa viralliseen käyttöön vuonna 1996. ICD-10 sisältää lyhyen kuvauksen kunkin mielenterveyden häiriön tyypillisistä piirteistä. Ohjeellisiksi tulivat ICD-10:n sekä kliiniseen että tieteelliseen käyttöön tarkoitetut kriteerit. Uusin DSM-IV luokitus julkaistiin suomenkielisenä vuonna 1997. Siten kaikki kolme tautiluokituksen versiota (ICD-10 kliininen versio, ICD-10 tieteellinen versio sekä DSM-IV) soveltuvat käytettäväksi kliinisessä työssä ICD-10:n lyhyen version yleisluonteisen tekstin asemasta.

DSM-IV määrittelee mielenterveyden häiriön kliinisesti merkitseväksi oireyhtymäksi tai käyttäytymisen häiriöksi, joka aiheuttaa henkilölle subjektiivista kärsimystä, toiminnan vajavuutta tai rajoittaa henkilö itsemääräämisoikeutta. Psykiatristen diagnoosiluokitusten kriteerit on tarkoitettu asianmukaisen koulutuksen saaneiden ja kliinisesti riittävän kokeneiden henkilöiden käyttöön.

ICD-10:n ja erityisesti DSM-IV:n mukaiseen diagnostiseen luokitukseen ei tarvitse sisältyä mitään tietoa häiriön aiheuttajasta. Tosin ICD-10 sisältää tässä suhteen kompromisseja, kuten pääryhmä ”Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt”

ryhmittelee samaan ryhmään stressiin liittyvät häiriöt (akuutti stressireaktio, posttraumaattinen stressihäiriö, sopeutumishäiriö, muu määritelty stressireaktio, tarkemmin määrittelemätön stressireaktio). DSM-IV puolestaan on pysynyt tiukasti oireyhtymiä kuvailevalla linjalla ottamatta kantaa aiheuttajaan, esimerkiksi oireyhtymän yhteys stressitilanteeseen. DSM-IV luokitteleeakin akuutin stressireaktion ja posttraumaattisen stressihäiriön ahdistuneisuushäiriöiden pääluokkaan, koska kliininen vallitseva oirekuva on ahdistuneisuushäiriö mutta yhtenä kriteerinä (ensimmäisenä) on traumaattiselle tilanteelle altistuminen. Sopeutumishäiriöt on puolestaan sijoitettu DSM-IV luokituksessa omaksi pääryhmäkseen. Tässä ajattelussa on huomioitu se tosiasia, että jokaiseen mielenterveyden häiriöön voi liittyä laukaisevana tekijänä stressitilanne, ei pelkästään ICD-10 mukaisiin stressiin liittyviin häiriödiagnooseihin. DSM-IV on otettu käyttöön pääasiallisena diagnostisena järjestelmänä myös uusimmassa suomenkielisessä psykiatrian oppikirjassa. Kirjan toimittajat perustelevat DSM-IV:n käyttöä sillä, että kansainvälisessä tutkimus- ja opetuskäytössä DSM-IV on saanut johtavan diagnoosijärjestelmän aseman. Taulukossa 2 on esitetty DSM-IV:n ja ICD-10:n mukaiset mielenterveyden häiriöiden pääluokat.

1.4.3 Tärkeimmät mielenterveyden häiriöiden ryhmät

1.4.3.1 Elimellisoireiset häiriöt

Elimellisoireiset häiriöt ovat osa psykosomatiikkaa, joka tosin käsitteenä ei ole kovin hyvin määritelty. Näihin häiriöihin kuuluvat muun muassa somatisaatiohäiriö, konversiohäiriö, kipuhäiriö, hypokondria sekä muut määritellyt tai määrittelemättömät elimellisoireiset häiriöt. Elimellisoireisten häiriöiden syytä ei tiedetä, vaikka useita teorioita onkin tutkimuksen kohteena. Lisäksi DSM-IV pääryhmä ”Ruumiilliseen häiriöön vaikuttavat psykologiset tekijät” on osa kokonaisvaltaisen lääketieteen (comprehensive medicine) muodostamaa kokonaisuutta. Se on myös lähellä biopsykososiaalista lähestymistapaa sairauksiin, jolloin ei nähdä perustelluksi erottaa biologisen, psyykkisen ja sosiaalisen tekijöiden osuutta toisistaan, vaan nähdään kolme ulottuvuutta toisiinsa jatkuvasti vaikuttavina tekijöinä ilman, että niiden välillä olisi selvää rajaa. Esimerkiksi aivoihin vaikuttava ruumiillinen sairaus (esimerkiksi Parkinsonin tauti) vaikuttaa ihmisen aivotoimintoihin, ja tätä kautta myös psyykkisiin toimintoihin ja käyttäytymiseen, jota kautta ihminen puolestaan on vuorovaikutuksessa toisten henkilöiden ja ympäristön kanssa. Toisaalta astmakohtaus sellaisenaan voi olla joskus pääasiassa psyykkisten tekijöiden laukaisema, vaikka ympäristötekijöillä on sairauden synnyssä ja kehittämisessä keskeinen merkitys.

1.4.3.2 Päihteisiin liittyvät häiriöt

Päihteiden (muun muassa alkoholi, nikotiini, kofeiini, kannabis, opioidit, stimulantit, hallusinogeenit) käyttöön voi liittyä päihtymystila- ja vieroitusoireyhtymät. Päihteet voivat aiheuttaa ahdistuneisuushäiriön, mielialahäiriön, psykoosin, seksuaalisten toimintojen häiriön, muistihäiriön, dementian tai deliriumin, jotka usein ovat luonteeltaan palautuvia, kun päihteiden käyttö loppuu. Päihteiden käytön seurauksena voi kehittyä myös väärinkäyttöoireyhtymä tai riippuvuusoireyhtymä, joista jälkimmäistä nykykäsityksen mukaan pidetään vaikea-asteisena häiriötä. Aiheuttajana päihteiden käyttöön liittyvissä häiriöissä on aina altistuminen päihteelle, joka sisältyy aina kunkin oireyhtymän diagnostisiin kriteereihin.

1.4.3.3 Skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt

Skitsofrenian lisäksi tähän ryhmään kuuluvat DSM-IV:n mukaisesti skitsofreenistyyppinen häiriö, harhaluuloisuushäiriö, psykoottinen yhteishäiriö, skitsoaffektiivinen häiriö,

ruumiillisen häiriön aiheuttama psykoottinen häiriö, kemiallisen aineen aiheuttama psykoottinen häiriö sekä lyhytkestoinen psykoottinen häiriö. Ruumiillisen häiriön ja kemiallisen aineen aiheuttama psykoottinen häiriö on syy-yhteydessä itse perustekijään. Muiden psykoottisten häiriöiden osalta, poislukien ehkä lyhytkestoinen psykoottinen häiriö, aiheuttavat tekijät ovat intensiivisen tutkimuksen kohteena ja on luultavaa, että kyseessä on monisyinen häiriö. Lyhytkestoinen (1vrk-1kk) psykoottinen häiriö puolestaan on heterogeeninen ryhmä häiriöitä, joille yhteistä on häiriön lyhyt kesto. Tyypillisesti lyhytkestoinen psykoottinen häiriö voi puhjeta merkittävien stressitekijöiden, kuten erojen ja menetysten yhteydessä. Lyhytkestoiseen psykoottiseen häiriöön voi periaatteessa sairastua kuka tahansa, jos stressitekijä on riittävän voimakas (esimerkiksi oman lapsen väkivaltaisen kuoleman näkeminen). Joskus järkyttävän tapahtuman jälkeinen sokkireaktio sisältää samanaikaisesti myös lyhytkestoisen psykoottisen häiriön – oirekuvan, jos henkilön todellisuudentaju esimerkiksi kieltämis-puolustusmekanismin voimakkaan käytön vuoksi on väliaikaisesti häiriintynyt.

1.4.3.4 Mielialahäiriöt

Mielialahäiriöihin kuuluvat masennustila, toistuva masennus, pitkäaikainen masennus eli dystymia, toistuvat lyhyt masennusjaksot, syklotymia sekä tyypin I ja II kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Masennustilahäiriön ja mielialan normaalin vaihtelun välistä rajanvetoa on jo pohdittu kohdassa 1.4.1. Masennustilalle tyypillisiä oireita ovat masentunut mieliala, mielihyvän menetys, uupumus, itseluottamuksen ja itsearvostuksen menetys, kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyydentunne, toistuvat kuolemanajatukset, päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunne, unihäiriö, ruokahalun tai painon muutos sekä psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyminen. Masennustilan syitä on tutkittu jo pitkään, ja on useita teorioita, jotka omalta osaltaan ovat kyenneet lisäämään ymmärrystä masennukseen liittyvistä, biologisista, psykologisista ja sosiaalisista taustatekijöistä. Todennäköisesti kuitenkin masennuksen synty on monitekijäinen,

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyy masennusjaksojen lisäksi hypomaanisia tai maanisia jaksoja. Hypomanialle tai manialle tyypillisiä oireita ovat muun muassa toime-liaisuuden ja puheliaisuuden lisääntyminen, unen tarpeen väheneminen, keskittymisvaikeudet ja häiriöherkkyys, lisääntynyt seurallisuus, seksuaalisen halukkuuden kasvu ja rahojen tuhlaus. Manialle tyypillisiä oireita ovat ajatuksenriento, suuruusharhat sekä vastuuton käyttäytyminen, jonka riskejä henkilö ei itse tunnista. Taipumus sairastua kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön on nykyäsityksen mukaan vahvasti perinnöllinen. Arviot bipolaarihäiriön periytyvyydestä (heritabiliteetti) ovat luokkaa 60 –80 %. Kuitenkin kaksisuuntaisen mielialahäiriön ensimmäinen jakso esiintyy usein elämänmuutoksen tai kriisitilanteen yhteydessä. Tällaisia ovat esimerkiksi avioero, työttömäksi jääminen, omaisen kuolema tai vakava ruumiillinen sairaus. Psykososiaalinen stressitekijä on merkittävä riskitekijä häiriön synnyssä, mutta häiriö edellyttäneen kuitenkin perinnöllisen alttiuden olemassaoloa.

1.4.3.5 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistus ja pelko ovat sinänsä normaaleja tunnekokemuksia. Vasta ahdistuneisuuden ollessa voimakasta, psyykkistä kärsimystä aiheuttavaa tai toimintakykyä huonontavaa, voidaan puhua häiriöstä. Tällöinkin edellytyksenä on, että jonkin ahdistuneisuushäiriön diagnostiset kriteerit täyttyvät. Ahdistuneisuushäiriöitä ovat muun muassa paniikkihäiriö, sosiaalinen fobia, määräkohteinen pelko, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireinen häiriö, akuutti stressihäiriö sekä traumaperäinen stressihäiriö. Osassa ahdistuneisuushäiriöstä on näyttöä sitä, että niiden puhkeamiselle on olemassa perinnöllinen

tausta (esimerkiksi paniikkihäiriö ja pakko-oireinen häiriö). Myös ahdistuneisuushäiriöiden kohdalla psykososiaaliset stressitekijät ovat merkittävä riskitekijä häiriön synnys-sä.

1.4.3.6 Psyykkiset kriisit ja elämäntilanteisiin liittyvät reaktiiviset häiriöt (sopeutumishäiriöt)

DSM-IV luokituksen mukaisesti akuutti ja traumaperäinen stressihäiriö on sisällytetty ahdistuneisuushäiriöiden pääryhmään. Elämäntapahtumat muodostavat ihmiselle joka päivä muutostilanteita, joihin sopeutuminen on tärkeää. Siksi on olemassa psyykkiset sopeutumis (puolustus)mekanismit ja hallintakeinot, jotta psyykkisen stressin kasvaessa henkilö kykenee ottamaan käyttöön keinoja, joilla tilanteen hallinta on edelleen mahdollinen.

Psyykkinen stressi voidaan käsittää epätasapainoksi ulkoisten haasteiden ja henkilön omien voimavarojen välillä. Työuupumus käsitettä on paljolti käytetty kuvaamaan työ-elämään liittyvää stressiä ja sen aiheuttamaa uupumusta (Z 73.0 ICD-10). Työuupumus-ta ei ole kuitenkaan kansainvälisissä tautiluokituksissa määritelty eikä se ole diagnosti-nen käsite. Työuupumuksesta kärsivän henkilön oireyhtymä voi psykiatrisesti täyttää esimerkiksi vakavan masennuksen diagnostiset kriteerit.

Joskus elämäntapahtumat tulevat yllättäen, jolloin niille luonne voi muuttua traumaatti-seksi. Tällaisia ovat muun muassa uhka elämälle tai fyysiselle koskemattomuudelle. Yleisesti ottaen elämäntapahtumiin liittyvät häiriöt voidaan käsittää psyykkinen kriisi – termin avulla, joka ei sinällään ole diagnostinen, vaan paremminkin kuvaa sen hetkistä elämäntilannetta ja epätasapainoa vaatimusten ja henkilön psyykkisten edellytysten vä-lillä. Jos elämäntapahtuma on luonteeltaan traumaattinen, se voi johtaa akuuttiin stressi-häiriöön ja posttraumaattiseen häiriöön. Sopeutumishäiriöt ovat lyhyitä ahdistus-, ma-sennus tai muulla käyttäytymisellä ilmeneviä tiloja (oireyhtymiä), jotka myös syntyvät merkittävien elämänmuutosten tai stressitekijöiden jälkeen. DSM-IV suomenkielinen painos käyttää myös termiä elämäntilanteisiin liittyvät reaktiiviset häiriöt, joka parem-min tuo esille niiden lievän kriisireaktio –luonteen. Näille häiriöille on tyypillistä, että ne alkavat kolmen kuukauden kuluessa stressitekijän ilmaantumisesta sekä kestävät akuutissa häiriössä alle 6 kuukautta. Stressitekijän ilmaantuminen on sisällytetty en-simmäiseen diagnostiseen kriteeriin, jolloin stressitekijän ja sen aiheuttaman reaktion välillä on tietynasteinen syy-seuraus suhde. Yksittäiset stressitekijät ovat siten välttä-mätön, mutta harvoin pääasiallinen syy sopeutumishäiriöiden syntyyn. Samoin stressi-tekijöillä on erilainen merkitys eri ihmisille. Lisäksi rasitetekijät ja suojaavat tekijät voivat vaihdella merkittävästi yksilöiden välillä.

Sopeutumishäiriöiden diagnoosia käytetään ns. poissulkudiagnoosina, toisin sanoen häiriö luokitellaan sopeutumishäiriöksi, jos se ei täytä muun ajankohtaisen mielenter-veyden häiriön kriteerejä eikä ole vain paheneva, aiempi muu häiriö.

1.4.3.7 Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöille on ominaista pitkäkestoinen ja joustamaton käyttäytymisen häiriö, joka on alkanut viimeistään varhaisaikuisuudessa. Häiriöön liittyy pysyväis-luonteinen sisäinen kokemus- ja käyttäytymistapa, joka poikkeaa selvästi henkilön kult-tuuriympäristön odotuksista ja ilmenee muun muassa tiedon käsittelyn, tunteiden, vuo-rovaikutuskyvyn ja impulssikontrollin alueilla. Usein häiriö tuottaa subjektiivista kärsi-mystä sekä haittaa toimintakykyä. DSM-IV diagnoosijärjestelmä sisältää 10 eri persoo-

nallisuushäiriötä (epäluuloinen, eristäytyvä, psykoosi-
piirteinen, epäsosiaalinen, epäva-
kaa, huomionhakuinen, narsistinen, estynyt, riippuvainen ja pakko-
oireinen).

Taulukko 1 Normaalin mielialan vaihtelun ja häiriön välistä rajanvetoa.

NORMAALIA MIELIALAN VAIHTELUA	HÄIRIÖ
Masentuneisuus hetken kestävä tunnetilana (mielialana)	masennusreaktio stressitilanteelle
Surureaktioon liittyvä masentuneisuus	pitkittynyt masennus (dystymia)
Erilaisiin elämän kuormitustilanteisiin liittyvä masennustunne	masennustila <ul style="list-style-type: none"> - lievä - keskivaikea - vaikea - psykoottinen

Taulukko 2 DSM-IV ja ICD-10:n pääluokat (Lönqvist ym. 2001)

DSM-IV	ICD-10
1. Tavallisesti varhaislapsuudessa, lapsuudessa tai nuoruudessa alkavat häiriöt	F00-09 Elimelliset aivo-oireyhtymät
2. Delirium, dementia, muistihäiriöt ja muut kognitiiviset häiriöt	F10-19 Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo oireyhtymät
3. Muualla luokittelemattomat ruumiillisen häiriön aiheuttamat mielenterveyden häiriöt	F20-29 Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriö
4. Kemiallisiin aineisiin (lääkkeet ja päihteet) liittyvät häiriöt	F30-39 Mielialahäiriöt (affektiiviset häiriöt)
5. Skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt	F40-49 Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt
6. Mielialahäiriöt	F50-59 Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät
7. Ahdistuneisuushäiriöt	
8. Elimellisoireiset häiriöt	F60-69 Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt
9. Teeskentelyhäiriöt	F70-79 Älyllinen kehitysvammaisuus
10. Dissosiaatiohäiriöt	F80-89 Psyykkisen kehityksen häiriöt
11. Sukupuoliset ja sukupuoli-identiteetinhäiriöt	F90-99 Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusikässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt
12. Syömishäiriöt	
13. Unihäiriöt	
14. Muualla luokittelemattomat käytös- ja hillitsemishäiriöt	
15. Elämäntilanteisiin liittyvät reaktiiviset häiriöt	
16. Persoonallisuushäiriöt	
17. Mahdolliset muut kliinisen huomion kohteena olevat tilat	

1.5 Psyykkisen oireilun ja mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys suomessa

Terveys 2000 -tutkimuksen alustavat tulokset suomalaisen väestön psyykkisestä voinnista ovat samansuuntaisia 20 vuotta aikaisemman Mini-Suomi -terveystutkimuksen ja muista maista saatujen tulosten kanssa. Terveys 2000 -tutkimuksessa selvitettiin 30 vuotta täyttäneiden suomalaisten psyykkistä pahoinvointia kaksitoistakohtaisen General Health Questionnaire (GHQ-12) kyselylomakkeen avulla, sekä diagnosoitavissa olevia mielenterveyden häiriöitä, erityisesti masennustiloja, WHO:n kehittämän CIDI -haastattelun avulla.

Psyykkisen pahoinvoinnin oireet ilmenivät väestössä samalla tavalla kuin 20 vuotta aiemmin tehdyssä Mini-Suomi -terveystutkimuksessa. Tulosten mukaan neljä viidesosaa väestöstä oirehtii psyykkisesti vain vähän tai ei lainkaan. Tutkituista 5 % oli kärsinyt edeltäneen 12 kuukauden aikana vakavan masennustilan jaksosta, naisista lähes kaksi kertaa niin suuri osa kuin miehistä. Ensimmäistä kertaa kerättiin myös haastatteluun perustuva tieto alkoholiriippuvuuden yleisyydestä Suomessa. Alkoholiriippuvuuden kriteerit täyttyivät 4 %:lla tutkituista viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Miehillä alkoholiriippuvuus oli selvästi yleisempää kuin naisilla. Sekä masennustiloja että alkoholiriippuvuutta esiintyi eniten työikäisten keskuudessa.

Työterveyslaitoksen työperäisten sairauksien rekisteri ja tilasto

Työterveyslaitos pitää rekisteriä ja tilastoa työperäisistä sairauksista. Työperäisillä sairauksilla tarkoitetaan sekä ammattitauteja että muita sairauksia, joiden synnyssä työhön liittyvillä tekijöillä on osuutta. Työperäisten sairauksien tilasto ei ole ammattitautitilasto, koska siihen rekisteröidään muitakin sairauksia kuin ammattitautilainsäädännön perusteella korvattaviksi ammattitaudeiksi hyväksytyjä sairauksia. Ammattitautitilastoa pitää tapaturmavakuutuslain perusteella Tapaturmavakuutuslaitosten liitto.

Työperäisten sairauksien rekisteriin kerätään tietoja kolmelta taholta: 1) tapaturmavakuutuslain 64 d §:n perusteella Tapaturmavakuutuslaitosten liitolta (neljännesvuositain), 2) työsuojelun valvonnasta ja muutoksenhausta työsuojeluasioissa annetun lain 22 §:n perusteella lääkäritä/työsuojelupiiriltä (tiedot kuukausittain) sekä 3) Työterveyslaitoksen lääkäreiltä (tiedot päivittäin).

Vaikka hoitavalla lääkärillä on lain mukaan velvollisuus tehdä ilmoitus työsuojelun piiriviranomaiselle, kun hän on todennut työn suorittajassa ammattitautilaissa tarkoitetun ammattitaudin tai työstä johtuneen muun sairaalloisen tilan, näitä ilmoituksia tulee Työterveyslaitokselle vähänlaisesti ja pääasiassa niistä sairauksista, joita korvataan ammattitauhteina.

Työryhmää varten Työterveyslaitoksessa tehtiin selvitys vuosina 1990-2000 työperäisten sairauksien rekisteriin ilmoitetuista psyykkisistä sairauksista. Tapauksia löytyi yhteensä 17 kappaletta, joista 13 oli liuottimen tai muun kemikaalin aiheuttamia häiriöitä, ja vain 3 psykososiaalisen kuormitustekijöiden aiheuttamaa. Posttraumaattisia stressireaktioita ei oltu ilmoitettu, mikä on luonnollista, koska niitä korvataan työtapaturman seurauksena, ei ammattitauhteina.

1.6 Mielenterveyshäiriöt korvauksen perusteena sosiaalivakuutuksessa

Lakisääteinen tapaturmavakuutus, josta työtapaturmia ja ammattitauteja korvataan, on osa lakisääteisen sosiaaliturvan kokonaisuutta, johon kuuluvat yleisinä etuusjärjestelminä myös työeläke-, kansaneläke- ja sairausvakuutus (sosiaalivakuutus) sekä työttömyysturva. Henkilöllä oleva mielenterveyden häiriö voi tulla korvattavaksi edellä lueteltujen sosiaalivakuutuksen erityisjärjestelmien perusteella. Lakisääteisen tapaturmavakuutuksen korvaukset ovat ensisijaisia suhteessa muuhun sosiaalivakuutukseen. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että työtapaturmasta ja ammattitaudista maksetaan korvaus ensisijaisesti tapaturmavakuutuslain perusteella. Toissijaisista etuusjärjestelmistä maksetaan vain mahdollisia lisäkorvauksia, jos muun järjestelmän mukainen korvaus on suurempi kuin tapaturmavakuutuslain mukainen korvaus. Korvauksen suorittaminen edellyttää luonnollisesti sitä, että kussakin sosiaalivakuutuksen erityislainsäädännössä asetetut edellytykset korvauksen suorittamiselle täyttyvät. Esimerkiksi lakisääteisessä tapaturmavakuutuksessa edellytetään, että kyseessä on korvattava työtapaturma tai ammattitauti.

Lisäksi henkilövahinkoja, tietyin edellytyksin myös mielenterveydenhäiriöitä, voidaan korvata vahingonkorvauslain perusteella. Vahingon korvaaminen vahingonkorvauslain perusteella edellyttää vahingonaiheuttajan tuottamusta. Vahingonkorvauslakia sovelletaan kuitenkin vain toissijaisesti, eli se ei koske muussa laissa, kuten tapaturmavakuutuslaissa, säädettyä korvausvastuuta. Vahingonkorvauslain perusteella korvatuissa mielenterveydenhäiriöissä on käytännössä kyse äkillisen järkytysluonteisen tapahtuman seurauksista, ns. traumaperäisistä stressihäiriöistä. Tilastotietoja näistä ei ole saatavissa.

Mielenterveyshäiriöistä maksetaan sosiaalivakuutuskorvauksia sekä hoidosta (esimerkiksi Kelan lääkekorvaukset), kuntoutuksesta (esimerkiksi Kelan kustantama psykoterapia) että työkyvyttömyydestä. Alle vuoden kestävästä työkyvyttömyydestä maksetaan sairausvakuutuksen päivärahaa ja sen jälkeen eläkettä, joko määräaikaista kuntoutustukea tai toistaiseksi myönnettyä työkyvyttömyyseläkettä. Seuraavassa on esitetty tilastotietoja molemmista.

1.6.1 Sairausvakuutus

Taulukossa 3 on esitetty mielenterveyshäiriöiden perusteella vuosina 1997-2002 myönnettyjen sairausvakuutuksen päivärahojen määrät eräissä diagnoosiryhmissä. Vuotta 2001 lukuun ottamatta mielenterveyshäiriöiden perusteella myönnettyjen päivärahojen kokonaismäärä on tasaisesti kasvanut koko tarkastelujakson ajan. Suurimpana yksittäisenä ryhmänä masennustilojen takia myönnettyjen päivärahojen määrä on lähes kaksinkertaistunut, mutta kasvua on monen diagnoosiryhmän alueella. Esimerkiksi alkoholisairauksien takia myönnettyjen päivärahojen määrä on kaksinkertaistunut ja ahdistuneisuushäiriöiden määrässäkin on selvää kasvua vuodesta 1997 vuoteen 2002. Myös psykoosidiagnoosiin perustuvien päivärahojen määrä on lisääntynyt 2000-luvun alkuvuosina. Vakavien stressireaktioiden ja sopeutumishäiriöiden takia myönnetty päivärahopäivät ovat lähes kolminkertaistuneet.

Taulukko 3
Sairauspäivärahat diagnooseittain vuosina 1997-2002

Päivät

Diagnoosiryhmät	1997	1998	1999
Elimelliset aivosairaudet (F00 - F09)	30 808	41 815	50 537
Alkoholisairaudet (F10)	61 119	65 105	99 892
Aineet (F11 - F19)	7 243	21 910	23 012
Psykoosit (F20 - F29)	356 205	373 346	366 880
Bipolaarinen häiriö (F31)	43 562	70 423	91 786
Masennustilat (F32, F33)	1 091 771	1 288 339	1 479 948
Pitkäaikaiset mielialahäiriöt (F34)	56 768	57 709	42 324
Fobiat (F40)	7 680	27 644	20 894
Ahdistuneisuushäiriöt (F41)	154 250	133 838	213 430
Pakko-oireiset häiriöt (F42)	7 047	9 388	13 878
Vakavat stressireaktiot ja sopeutumishäiriöt (F43)	79 670	94 636	139 207
Konversiohäiriöt (F44)	2 138	683	0
Elimellisoireiset häiriöt (F45)	19 168	17 320	14 769
Syömishäiriö (F50)	13 506	5 021	6 816
Persoonallisuushäiriöt (F60, F61)	86 598	93 642	64 092
Kehitysvammaisuus (F70 - F79)	17 662	30 896	36 136
Muut	29 605	27 285	40 699
Yhteensä	2 064 800	2 359 000	2 704 300

Diagnoosiryhmät	2000	2001	2002
Elimelliset aivosairaudet (F00 - F09)	31 863	21 416	38 329
Alkoholisairaudet (F10)	81 814	82 585	134 388
Aineet (F11 - F19)	13 400	20 363	31 155
Psykoosit (F20 - F29)	432 024	422 277	450 462
Bipolaarinen häiriö (F31)	113 706	108 285	133 033
Masennustilat (F32, F33)	1 573 433	1 527 827	1 967 028
Pitkäaikaiset mielialahäiriöt (F34)	43 123	47 655	47 976
Fobiat (F40)	19 594	35 301	38 990
Ahdistuneisuushäiriöt (F41)	226 781	194 642	234 894
Pakko-oireiset häiriöt (F42)	10 520	16 375	13 219
Vakavat stressireaktiot ja sopeutumishäiriöt (F43)	145 027	178 405	229 180
Konversiohäiriöt (F44)	4 326	4 778	317
Elimellisoireiset häiriöt (F45)	5 411	6 494	11 786
Syömishäiriö (F50)	10 445	14 457	21 992
Persoonallisuushäiriöt (F60, F61)	58 723	43 821	72 724
Kehitysvammaisuus (F70 - F79)	15 314	19 051	33 687
Muut	51 696	28 068	60 050
Yhteensä	2 837 200	2 771 800	3 519 210

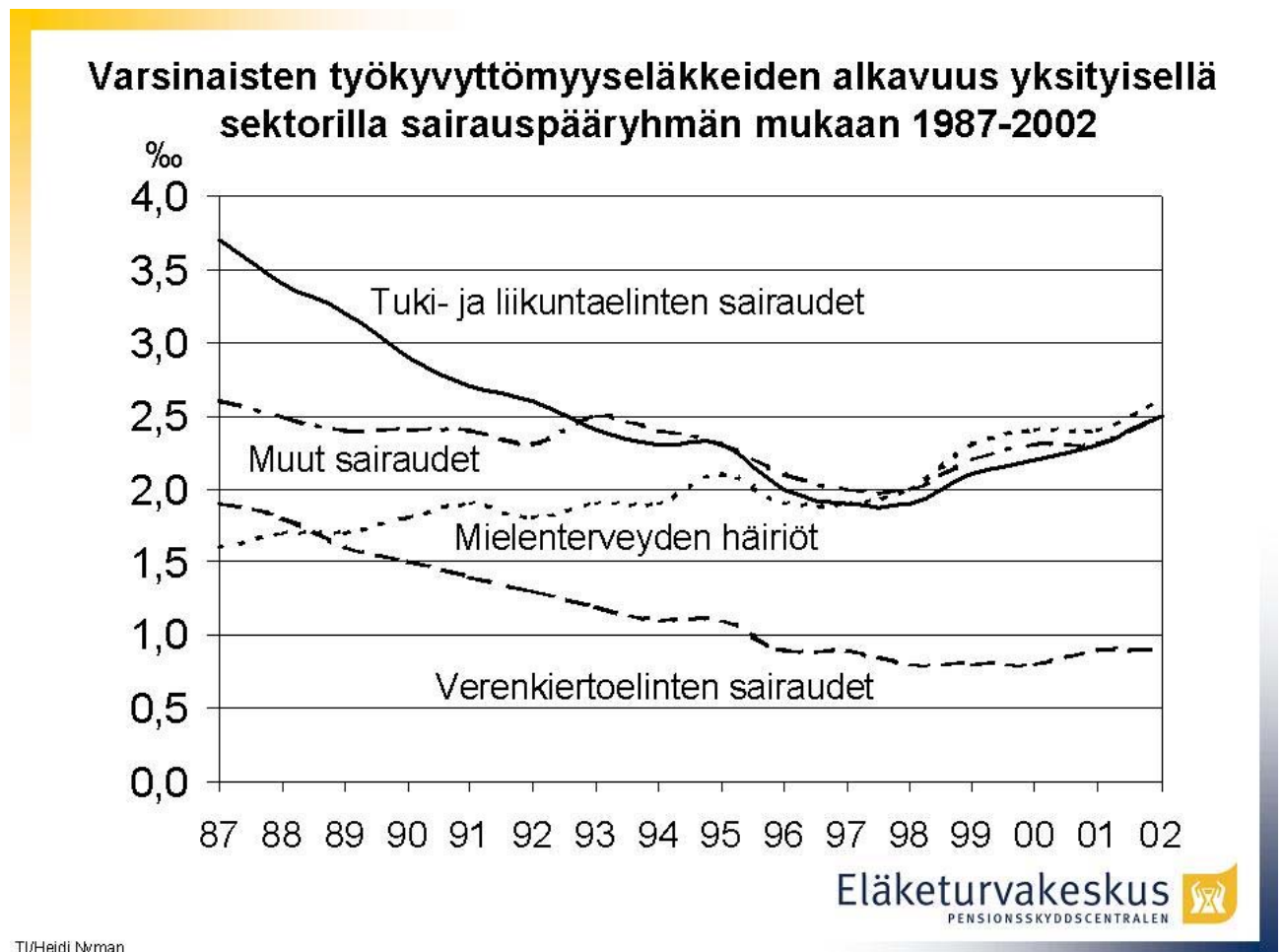
Lähde: Kela

1.6.2 Eläkevakuutus

Mielenterveyshäiriöiden osuus myös alkavissa työkyvyttömyyseläkkeissä on jatkuvasti kasvanut (kuvio 1). Pääosa kasvusta selittyy vakavien mielialahäiriöiden, erityisesti vakavan masennustilan takia myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden kasvusta (kuvio

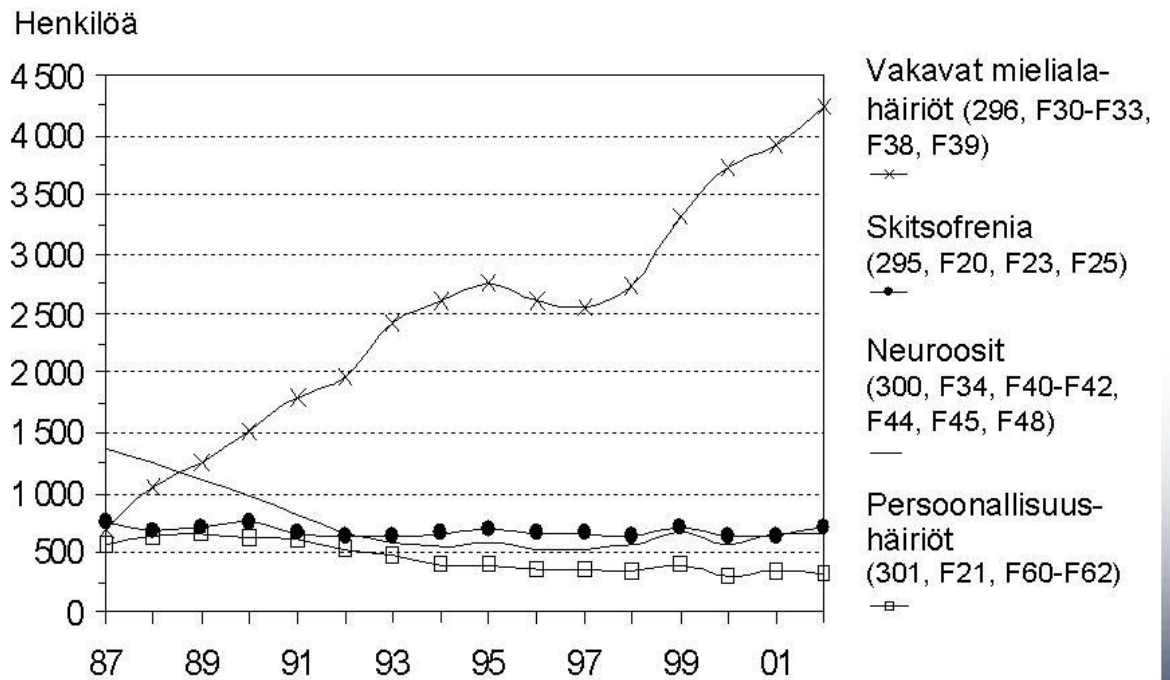
2). Osa kasvusta selittyy diagnostisen käytännön muutoksista johtuvasta siirtymästä neuroosidiagnooseista masennusluokkaan. Valtaosa kasvusta johtuu kuitenkin muista syistä, jotka tunnetaan huonosti.

Kuvio 1



Kuvio 2

Työeläkejärjestelmästä varsinaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet eräissä mielenterveydenhäiriöiden sairausryhmissä 1987-2002



Eläketurvakeskus
PENSIONSSKYDDSCENTRALEN

Taulukossa 4 on esitetty vuonna 2002 alkaneiden työkyvyttömyyseläkkeiden määrät eräissä diagnoosiryhmissä. Masennus on johtava työkyvyttömyyseläkkeiden syy. Sen takia alkaa yli kaksi kertaa enemmän työkyvyttömyyseläkkeitä kuin psykoosien takia. Stressihäiriöiden perusteella alkoi 66 työkyvyttömyyseläkettä ja määrä on pysynyt viime vuodet suunnilleen samalla tasolla. Täten päivärahapuolella tässä diagnoosiryhmässä tapahtunut kasvu ei näytä siirtyneen eläkkeisiin kuten masennusdiagnoosien kohdalla on tapahtunut.

Taulukko 4

Vuonna 2002 mielenterveyden häiriöiden perusteella varsinaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet
(yksityinen ja julkinen sektori)

Elimelliset aivosairaudet (F00-F09)	146
Alkoholisairaudet (F10)	835
Aineet (F11-F19)	44
Psykoosit (F20-F29)	1 173
Bipolaarinen häiriö (F31)	408
Masennustilat (F32, F33)	3 811
Pitkäaikaiset mielialahäiriöt (F34)	145
Fobiat (F40)	76
Ahdistuneisuushäiriöt (F41)	322
Pakko-oireiset häiriöt (F42)	32
Vakavat stressireaktiot ja sopeutumishäiriöt (F43)	66
Konversiohäiriöt (F44)	9
Elimellisoireiset häiriöt (F45)	63
Persoonallisuushäiriöt (F60, F61)	225
Kehitysvammaisuus (F70-F79)	164
Muut	71
Kaikki	7 590

Lähde: ETK

1.6.3 Lakisääteinen tapaturmavakuutus

1.6.3.1 Työtapaturman ja ammattitaudin käsitteet

Lakisääteisestä tapaturmavakuutuksesta korvataan tapaturmavakuutuslain (608/1948) perusteella työtapaturmia ja ammattitauteja. Sekä työtapaturman että ammattitaudin käsitteitä voidaan pitää juridisinä, koska niiden sisältö määräytyy tapaturmavakuutuslain, ammattitautilain ja niitä koskevan oikeuskäytännön mukaan.

Työtapaturman ja ammattitaudin perusteella suoritettavat korvaukset on määritelty tapaturmavakuutuslaissa ja niiden suhteen ei ole merkitystä sillä, onko kyseessä työtapaturma vai ammattitauti, vaan korvaukset ovat samat.

1.6.3.1.1 Työtapaturman käsite

Työtapaturmavakuutuksesta korvataan tapaturmavakuutuslain 4 §:ssä mainituissa olosuhteissa – pääasiassa työssä ja työstä johtuvissa olosuhteissa - työntekijälle sattuneita tapaturmia ja niiden aiheuttamia seurauksia. Tapaturman käsitettä ei ole tämän tarkemmin tapaturmavakuutuslaissa määritelty. Korvaus- ja oikeuskäytännössä vakiintuneen käsityksen mukaan tapaturmalla tarkoitetaan äkillistä, ennalta arvaamatonta ja ulkoisen tekijän aiheuttamaa tapahtumaa, joka sattuu vakuutetun tahdosta riippumatta ja aiheuttaa hänelle vamman tai sairauden. Tapaturman aiheuttama seuraus, vamma tai sairaus, voi olla joko fyysinen tai psyykinen.

Korvattavien vahinkotapausten laajennuksena ovat tapaturmavakuutuslain 4 §:n 2 momentin perusteella sellaiset työntekijän työolosuhteissa saamat vammat, jotka ovat syntyneet lyhyehkönä, enintään yhden vuorokauden pituisena aikana ja joita ei korvata ammattitautina. Ne eivät ole tapaturmia, koska ne eivät tapahdu ja aikaansaa vammaa äkillisesti. Muun muassa työliikkeen aiheuttama muusta viasta, vammasta tai sairaudesta johtumaton lihaksen tai janteen kipeytyminen katsotaan tällä perusteella työtapaturman aiheuttamaksi.

Tapaturmavakuutuslain perusteella korvattavia ovat myös työntekijälle tapaturmavakuutuslain 4 §:n mukaisissa olosuhteissa (työssä, työstä johtuvissa olosuhteissa) sattuneen pahoinpitelyn tai muun toisen henkilön tahallisen teon aiheuttamat vammat tai sairaudet.

1.6.3.1.2 Ammattitaudin käsite

Lakisääteisestä tapaturmavakuutuksesta korvataan myös ammattitauteja. Ammattitautilla tarkoitetaan ammattitautilain (1343/1988) mukaan sairautta, joka työ- tai virkasuhteen perusteella suoritettussa työssä todennäköisesti on pääasiallisesti aiheutunut fysikaalisista, kemiallisista tai biologisista tekijöistä.

Ammattitaudit on aiheellista erotella muista työperäisistä sairauksista siitä syystä, että sairauden toteaminen ammattitautiksi edellyttää ammattitautilainsäädännössä asetettujen edellytysten täyttymistä. Lisäksi ammattitaudit ovat erityisryhmä työhön liittyvien sairauksien joukossa sen takia, että niiden aiheuttamien seurausten korvaamiselle on järjestetty erityinen vakuutus, lakisääteinen tapaturmavakuutus.

Tiettyjen yläraajasairauksien korvaamisesta on ammattitautilaissa erityissäännöksiä. Jännetupen tulehdus ja olkaluun sivunastan tulehdus korvataan fysikaalisen tekijän aiheuttamana ammattitautina, jos työntekijän työ on ennen oireiden ilmaantumista sisältä-

nyt tavan takaa toistuvia, yksipuolisia tai työntekijälle outoja liikkeitä. Rannekanavaoireyhtymä korvataan fysikaalisen tekijän aiheuttamana ammattitautina, jos työntekijän työ on ennen oireiden ilmaantumista sisältänyt pitkäaikaisesti ranteen keskiasennosta poikkeavia, rannetta kuormittavia liikkeitä. Näiden sairauksien korvaaminen ammattitautina lakisääteisestä tapaturmavakuutuksesta perustuu osittain tieteelliseen tutkimusnäyttöön altisteen ja sairauden välisestä yhteydestä ja osittain työmarkkinajärjestöjen yhteisymmärrykseen.

Ammattitautijärjestelmä antaa mahdollisuuden myös olemassa olevan sairauden pahenemisen korvaamiseen. Ammattitautilain 1 §:n 2 momentin mukaan mitä 1 momentissa on säädetty ammattitaudista, sovelletaan myös muun kuin työtapaturmaksi tai ammattitaudiksi katsottavan vamman tai sairauden olennaiseen pahenemiseen tämän pahenemisen ajalta. Nykyisen ammattitautilain säätämisen yhteydessä vastaava pykälä lisättiin myös tapaturmavakuutuslakiin. Sen 4 §:n 4 momentin perusteella työtapaturman seurauksena korvataan myös muun kuin työtapaturman aiheuttaman vamman tai sairauden olennainen paheneminen, kun paheneminen on todennäköisesti aiheutunut työtapaturmasta. Korvausta maksetaan tällöin sairauden tai vamman pahenemisen ajalta. Tyypillinen esimerkki ammattitautilain perusteella korvattavasta pahenemisesta on nikkeliallergian paheneminen työssä olleen nikkelialtisteen takia.

Puhuttaessa ammattitautidiagnostiikasta tarkoitetaan sekä lääketieteellistä että juridista selvitystyötä siitä, onko diagnosoitu sairaus todettava ammattitaudiksi. Lääketieteellisen diagnoosin sairaudesta tekee hoitava lääkäri, ammattitautidiagnoosi edellyttää tämän lisäksi myös ammattitautilainsäädännön tuntemista ja näiden yhdistämisen erityisasiantuntemus on vakuutuslääkäreillä. Päätöksen siitä, korvataanko jokin sairaus ammattitautina vai ei, tekee korvausasiaa hoitava lakisääteisistä tapaturmavakuutusta harjoittava vakuutuslaitos.

Ammattitauteja kansainvälisesti vertailtaessa on aiheellista huomioda se, että ammattitaudin käsite on riippuvainen kunkin maan ammattitauteja koskevasta lainsäädännöstä sekä korvauskäytännöstä.

1.6.3.1.3 Työhön liittyvät sairaudet, työperäiset sairaudet

Korvattavien työtapaturmien ja ammattitautien käsitteiden lisäksi työlääketieteellisessä kirjallisuudessa käytetään myös työperäisen sairauden tai työhön liittyvän sairauden käsitteitä.

Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän mukaan työhön liittyvät sairaudet (Work Related Diseases) ovat

- sairauksia, joita työssä oleva tekijä voi aiheuttaa, ts. joiden yksinomainen tai pääasiallinen aiheuttaja se on
- sairauksia, joiden yhtenä aiheuttajana työssä oleva tekijä voi olla, jotka se voi laukaista tai joita se voi pahentaa
- sairauksia, joihin sairastuvuusalttiutta työhön liittyvät sosiaaliset tai elintapoihin vaikuttavat tekijät voivat lisätä.

1.6.3.2 Syy-yhteyden arviointi lakisääteisessä tapaturmavakuutuksessa

Lakisääteinen tapaturmavakuutus on saanut Suomessa alkunsa 1890-luvun loppupuolelta työnantajan vastuusta työntekijää työssä kohdanneesta tapaturmasta. Alkuvaiheessa työnantajan vastuu oli tuottamusvastuuta, eli työnantajan oman toiminnan oli oltava

jollakin tavoin moitittavaa, jotta vastuu työtapaturmasta olisi syntynyt. Työtapaturmavakuutuksen kehittyessä työnantajan omasta tuottamuksesta on luovuttu ja siirrytty niin sanotusti ankaraan vastuuseen. Tämä tarkoittaa sitä, että korvauksen suorittaminen lakisääteisestä tapaturmavakuutuksesta ei edellytä, että vamma tai sairaus olisi syntynyt työnantajan laiminlyönnin seurauksena. Tässä työtapaturmavakuutus on eriytynyt yleisestä vahingonkorvausoikeudesta, joka edellyttää tuottamusta vahingonaiheuttajan omassa toiminnassa. Työnantajalle voi kuitenkin syntyä työturvallisuussäännösten rikkomisen seurauksena vahingonkorvausvelvollisuus työntekijälle aiheutuneesta vammasta tai sairaudesta. Vahingonkorvauslain perusteella tuomittavassa korvauksessa huomioidaan lakisääteisestä tapaturmavakuutuksesta maksettava korvaus.

Työnantajalla on tapaturmavakuutuslakiin perustuva velvollisuus vakuuttaa työntekijänsä työtapaturmien ja ammattitautien varalta, ja vakuutuslaitos suorittaa tämän vakuutuksen perusteella korvaukset työntekijälle vahingon sattuessa.

Keskeinen tapaturmavakuutuslainsäädännön asettama edellytys korvauksen suorittamiselle on syy-yhteys työn, tapaturman ja aiheutuneen vamman/sairauden välillä sekä ammattitaupeissa syy-yhteys työssä olleen altistuksen ja sairauden välillä. Syy-yhteys vaatimukset työtapaturmien osalta on määritelty tapaturmavakuutuslaissa ja ammattitautien osalta ammattitautilaissa. Syy-yhteyden olemassa olon arvioinnissa kytkeytyy yhteen juridinen ja lääketieteellinen pohdinta: lainsäädäntö asettaa työtapaturman ja ammattitaudin peruskäsitteet, joihin yksittäisen tapauksen korvattavuutta ratkaistaessa on sovitettava sekä yleinen lääketieteellinen tieto sairauksista ja vammoista ja niiden etiologiasta että kustakin yksittäisestä, tutkittavasta henkilöstä ja hänen työstään saatava tieto.

Seuraavassa tarkastellaan korvattavuutta koskevan syy-yhteyden selvittämistä erikseen sekä työtapaturmien että ammattitautien osalta.

1.6.3.2.1 Työtapaturmat ja syy-yhteyden arviointi

Työtapaturmien osalta syy-yhteyden selvittämisessä on edettävä kahdella tavalla: ensin on selvítettävä tapaturman sattumisen syy-yhteys työhön, toisin sanoen se, että tapaturma on sattunut työssä tai työstä johtuvissa olosuhteissa. Tämä perustuu juridiseen arviointiin syy-yhteyden olemassaolosta.

Seuraavaksi on todettava työtapaturman ja sen aiheuttaman vamman tai sairauden välinen syy-yhteys, eli se, että sattunut työtapaturma on aiheuttanut kyseessä olevan vamman tai sairauden. Tämä syy-yhteyden arviointi perustuu lääketieteeseen. Voidaan sanoa, että ilmoitetun tapaturman ja sen jälkeen kehittyvän vamman tai sairauden on oltava riittävän todennäköisessä suhteessa toisiinsa, yleiseen lääketieteelliseen tietoon ja kokemukseen perustuen.

Tapaturmina korvataan erillisen tapaturmavakuutuslain säännöksen perusteella myös eräitä lyhyehkönä aikana syntyviä sairauksia, jotka eivät täytä tapaturman äkillisyyden edellytystä eivätkä ole soveltuneet myöskään ammattitautilain mukaisesti korvattaviksi. Tällaisia ovat esimerkiksi hiertymät ja hankautumat ja eräiden myrkyllisten kaasujen hengittämisestä aiheutuvat vammat. Psykkisiksi sairauksiksi luonnehdittavia tautitiloja ei ko. asetuksessa ole. Lisäksi on todettava, että lakisääteisestä tapaturmavakuutuksesta korvataan ns. työmarkkinajärjestöjen lainvalmisteluun liittyviin sopimuksiin perustuen eräitä sellaisia vammoja ja sairauksia, joista lääketieteellinen näyttö niiden etiologiasta

on epäselvää. Esimerkkinä lihaksen tai jänteen kipeytymisen korvaaminen, jolla alun perin tarkoitettiin selän kipeytymisiä, ja joka rajoitettiin kuuden viikon korvausaikaan. Niiden osalta on lainsäädännöllä sovittu ja säädetty, että niitä korvataan tietty aika sen enempää selvittämättä vaivan syytä kunhan laissa asetetut edellytykset korvaamiselle täyttyvät.

1.6.3.2.2 Ammattitaudit ja syy-yhteyden arviointi

Yleislauseke ja ammattitautiluettelo

Suomen ammattitautijärjestelmä perustuu ammattitautilain 1 §:ssä olevaan yleiseen ammattitautimääritelmään (yleislauseke) ja lain 2 §:n perusteella annettuun ammattitautiasetukseen, jossa on ns. ammattitautiluettelo. Sillä, todetaanko sairaus ammattitaudiksi lain yleislausekkeen vai asetuksen ammattitautiluettelon perusteella, on jonkin verran vaikutusta syy-yhteysarviointiin.

Ammattitautiasetuksessa voidaan säätää, että sairauden ja työssä esiintyvän fysikaalisen, kemiallisen tai biologisen tekijän välisen syy-yhteyden katsotaan olevan olemassa, kun asetuksessa mainittua tekijää on ollut työssä siinä määrin, että se voi pääasiallisesti aiheuttaa asetuksessa tarkoitetun sairauden. Ammattitautiasetuksen mukaan asetuksen 3 §:ssä tarkoitetun sairauden katsotaan olevan ammattitauti, kun pykälässä mainittu fysikaalinen, kemiallinen tai biologinen tekijä esiintyy henkilön työssä siinä määrin, että sen altistava vaikutus riittää aikaansaamaan tämän sairauden, jollei osoittaudu, että sairaus on selvästi aiheutunut työn ulkopuolisesta altistuksesta (2 §). Asetuksen 3 § sisältää luettelon, johon on listattu erilaisten fysikaalisten, kemiallisten ja biologisten tekijöiden aiheuttamia altiste-tyypillinen sairaus –pareja, esimerkiksi melu - sisäkorvatyypinen kuulonalenema tai mineraalipölyt – asbestin aiheuttama keuhkosityöpä. Vaikka tekijän esiintyminen luettelossa ei ole korvaamisen edellytys, valtaosa korvatuista tapauksista on tällaisia. Tämä johtuu siitä, että luettelo on sen säätämisaikajankohdan tieteellisesti hyväksytyn tiedon syy-yhteyttä koskevan tiedon osalta varsin kattava ja uuden tiedon kertyminen on hidasta.

Ammattitautiasetuksen 1 §:n mukaan sairauden toteaminen ammattitaudiksi edellyttää sellaista lääketieteellistä tutkimusta, jossa on käytettävissä riittävä tieto työssä olevasta altistuksesta ja josta ammattitautiluetteloon kirjatuissa ammattitauoissa vastaa asianomaiseen alaan perehtynyt lääkäri.

Syy-yhteyden arviointi

Ammattitautien osalta niiden selvittely on pääsäännön mukaan rakennettu kaksiportaiselle syy-seuraussuhteelle: ensimmäisessä vaiheessa selvitetään fysikaalisen, kemiallisen tai biologisen tekijän, altisteen, sekä sairauden yleinen syy-yhteys (ko. altiste yleensä voi aiheuttaa ko. taudin) ja toisessa vaiheessa yksilödiagnoosilla osoitetaan nimenomaan tutkittavan potilaan kohdalla hänen työssään esiintyvän mainitun altisteen ja sairauden yhteys. Sairauden toteaminen ammattitaudiksi ammattitautilain yleislausekkeen perusteella edellyttää tämän kaksiportaisen syysuhteen selvittämistä.

Ammattitautiasetuksessa lueteltujen altistetekijöiden ja sairauksien osalta katsotaan ensimmäisen vaiheen syy-yhteysselvitys jo tehdyksi. Jotta jokin altiste-sairaus –pari asetuksen luetteloon lisätään, edellytetään lääketieteellistä tutkimustietoa altisteen ja sai-

rauden välisestä yleisestä yhteydestä (ammattitautilain ja ammattitaudin käsitteen todennäköisyys –vaatimus).

Ammattitautidiagnostiikan toisella portaalla tarkoitetaan yksilödiagnostiikkaa, joka on käytännössä lääketiedettä. Tämä tapahtuu periaatteessa samalla tavalla riippumatta siitä, onko epäilty ammattitaudin aiheuttaja mainittu asetuksessa vai ei. Yksittäisessä ammattitautiepäilyssä selvitetään siten yksilödiagnostiikalla ensinnäkin se, että altistetta on ollut työntekijän työssä siinä määrin, että sen altistava vaikutus riittää aikaansaamaan sairauden, toiseksi se, että kyseessä on ko. altisteen aiheuttamaksi sopiva sairaus ja kolmanneksi normaali lääketieteellinen erotusdiagnostiikka, so. onko kyseessä nimenomaan ammattitauti eikä joku muu samankaltaisen oirekuvan omaava sairaus. Lisäksi on varmistuttava siitä, että sairaus ei selvästi ole aiheutunut työn ulkopuolisesta altistuksesta.

Koska ammattitautidiagnostiikka pohjaa kliinisen lääketieteen menetelmiin, yksilödiagnostiikan merkitys korostuu. Voidaan sanoa, että ammattitautien preventioon riittää usein ryhmätason tieto altisteen ja sairauden yhteydestä, joskus se riittää myös niiden hoitoon, mutta ammattitautien vakuutuskorvauksiin ryhmätason tieto ei riitä koskaan. Tässä suhteessa on oleellista erottaa ammattitaudit muista sairauksista. Ammattitautien varalle on lainsäädännöllä rakennettu erityinen korvausjärjestelmä, jossa keskeinen tehtävä on vakuutuslääketieteellä. Sen tehtävänä on selvittää sairauden aiheuttaja korvausvelvollisuuden toteuttamiseksi. Korvausvelvollisuuden määrää sovellettava ammattitautilainsäädäntö, jonka tuntemus on osa vakuutuslääketiedettä. Lääketieteessä sen sijaan etsitään sairauden syytä, etiologiaa syynmukaisen hoidon toteuttamiseksi ja toiminnan ensisijaisena päämääränä on potilaan parantaminen, ei vakuutus- tai vahingonkorvauksiin liittyvien seikkojen selvittämien.

Ammattitautilain pääasiallisuus -vaatimus

Oli ammattitauti korvattava sitten ammattitautilain yleislausekkeen tai ammattitautiasetuksen sisältämän ammattitautiluettelon perusteella, molemmissa tilanteissa vaatimuksena on se, että työssä oleva tekijä on sairauden pääasiallinen aiheuttaja, syy. Käytännössä tämän lakiin kirjatun pääasiallisuus –kriteerin takia ammattitaudin selvittäminen voi olla vaikeaa, kun kyse on monisyyteisestä sairaudesta tai kun työssä olevat tekijät pahentavat sairautta, mutta eivät varsinaisesti ole sen syynä tai kun kyse on henkilöistä, joilla on suurempi yksilöllinen herkkyys sairastua. Näissäkin tapauksissa sairauden korvaaminen ammattitautina edellyttää ammattitautilainsäädännön edellytysten ja siten myös pääasiallisuus kriteerin täyttymistä.

Käytännön esimerkkinä ammattitautilain pääasiallisuus –vaatimuksesta on ns. atooppisen rakenteen (kuiva iho, lapsena taipumus maitorupeen, taipumus laaja-alaiseen reagointiin pistelykokeissa ja IgE -tyyppisten vasta-aineiden muodostamiseen) huomiointi korvattavuutta arvioitaessa. Koska tällaisilla henkilöillä voi olla tavallista suurempi yksilöllinen herkkyys saada iho-oireita, ärsytysihottuman korvaamisessa on oltu pidättyväisiä siten, että mikäli atooppinen ihottumaoireisto on ollut selvää jo ennen työssä tapahtunutta altistumista, korvaus on joissakin tapauksissa evätty tai ensimmäisen korvausjakson jälkeen jatkunut iho-oireilu katsottu johtuvaksi tästä rakenteellisesta ominaisuudesta. Ratkaisut tehdään kuitenkin yksilöllisesti sekä rakenteelliset että altistustekijät huomioiden.

Ammattitaudin pääasiallisuus –edellytyksen takia on myös tärkeää kyetä selvittämään ja mittaamaan työssä olleen altistuksen määrää ja vertaamaan sitä työn ulkopuolella mahdollisesti saatuun altistukseen. Tällainen vertailu on tarpeen silloin kun ko. altistetta esiintyy sekä työ- että vapaa-ajan ympäristössä.

1.6.3.3 Mielenterveyden häiriöiden korvaaminen lakisääteisessä tapaturmavakuutuksessa

Suurin osa lakisääteisestä tapaturmavakuutuksesta korvattavista mielenterveyden häiriöistä korvataan tapaturman seurauksena eikä ammattitautina. Tällaisia ovat ICD-10 ja DSM-IV -tautiluokituksen mukaiset akuutti stressireaktio (F43.0) ja traumaperäinen stressireaktio (F43.1), joita koskeva korvauskäytäntö on suhteellisen vakiintunut. Stressireaktion katsotaan nykykäytännön mukaan olevan ulkoisen, äkillisen tapahtuman psyykkinen seuraus. Tapahtuma näissä tapauksissa voi olla esimerkiksi liikenneonnettomuus tai rahalaitosryöstö, mutta korvattavuus ei edellytä, että henkilö itse olisi välttämättä joutunut tapaturman uhriksi, vaikka usein näin on tapahtunut. Nykyisen korvauskäytännön mukaan stressireaktion ei katsota yleensä aiheuttavan pysyvää työkyvyttömyyttä, vaan korvausta suoritetaan ohimenevästi, tavanomaisesti enintään puolen vuoden ajalta. Yksittäistapauksissa on korvattu pysyvää työkyvyttömyyttä.

Ruumiillisen tapaturman, kuten aivovamman aiheuttamat psyykkiset seuraamukset korvataan ko. vahingon osana erottelematta psyykkisiä oireita erilliseksi kokonaisuudeksi.

Ammattitautina voidaan korvata kemiallisen tekijän aiheuttama mielenterveyden häiriö. Useiden klassisten ammattitautien yhteydessä esiintyy monimuotoisia psyykkisiä oireita, esimerkiksi elohopea- ja rikkihiilimyrkytyksessä. Tällaisia vaikeita myrkytyksiä ei ole enää viime vuosina Suomessa esiintynyt. Vuosittain todetaan kuitenkin yksittäisiä orgaanisten liuottimien aiheuttamia myrkytyksiä, joiden yhteydessä usein esiintyvät psyykkiset oireet korvataan samalla tavalla kuin muutkin ammattitaudista johtuvat oireet. Psyykkisen tai sosiaalisen tekijän aiheuttamaa sairautta ei nykyisin korvata ammattitautina.

1.6.3.4 Korvauskäytäntö eräissä muissa maissa

Ammattitautijärjestelmät eri maissa perustuvat joko ammattitautilainsäädännössä olevaan yleislausekkeeseen, ammattitautiluetteloon tai näiden yhdistelmään. Yleislauseke/general clause –järjestelmässä on ammattitautilainsäädännöllä asetettu ammattitautimääritelmä ja mikä tahansa tähän määritelmään sopiva sairaus voidaan todeta ammattitaudiksi. Ammattitautiluettelo/-lista –järjestelmässä lainsäädännöllä on säädetty luettelo sairauksista, jotka voidaan hyväksyä ammattitaudeiksi. Luettelointi voi perustua joko altisteisiin (esimerkiksi kemialliset, biologiset...), sairauksiin tai ammatteihin taikka näiden yhdistelmiin. Useissa maissa ammattitautiluettelossa mainittuja sairauksia koskee erilainen todistustaakkasääntö kuin yleislausekkeen perusteella korvattavia ammattitauteja. Sekamallissa, kuten Suomi, on sekä yleislauseke (ammattitautilain 1 §) että ammattitautiluettelo (ammattitautiasetuksen 3 §). Luetteloon on tietyin edellytyksin listattu sairauksia, toisaalta muukin yleislausekkeen ammattitautiedellytykset täyttävä sairaus voidaan hyväksyä ammattitaudiksi.

Oikeusvertailu psyykkisten sairauksien korvaamisesta ammattitautina on tehty niiden Euroopan maiden kesken, joissa on olemassa yleisestä sairausvakuutuksesta erillinen työtapaturmien ja ammattitautien korvausjärjestelmä. Ruotsi on otettu tästä poiketen vertailuun mukaan, vaikka siellä työvahinkoja ei erotella muista yleisen sairausvakuu-

tuksen perusteella korvattavista sairauksista tai tapaturmista ennen kuin vuosi on kulu-
nut vahingon sattumisesta ja pysyviä korvauksia sen perusteella tulee suoritettavaksi.

Ruotsi

Työryhmässä on ollut kuultavana Ruotsin työvahinkojärjestelmästä ja psyykkisten sai-
rauksien korvaamisesta professori Peter Westerholm (Arbetslivsinstitutet).

Ruotsin työtapaturmien ja ammattitautien korvaaminen perustuu työvahingon käsittee-
seen. Korvaamisen alkuvaiheessa ei ole merkitystä sillä, onko sairaus tai vamma sattui-
nut työssä vai sen ulkopuolella, ja korvaukset suoritetaan yleisestä sairausvakuutukses-
ta. Vasta siinä vaiheessa, kun vahingoittuneelle aiheutuu pysyvää työkyvyttömyyttä ja
ansionalenemaa, kansallinen työvahinkovakuutus alkaa suorittaa pysyviä korvauksia ja
tällöin aiheutunut vamma/sairaus luokitellaan työvahingoksi. Työvahingon käsite sisäl-
tää sekä psyykkiset että psykosomaattiset vammat.

Ruotsissa on tullut 1.7.2002 voimaan uutta lainsäädäntöä, jolla on muutettu muun mu-
assa todistustaakkaa koskevia sääntöjä. Näiden muutosten tarkoituksena on helpottaa
vahingon toteuttamista työvahingoksi. Edellisen kerran muutoksia, silloin tiukennuksia,
todistustaakkasääntöihin tehtiin 1993, jolloin työvahinkojen lukumäärä putosi dramaat-
tisesti.

Työvahinko määritellään uudessa laissa seuraavasti: Vahingon katsotaan olevan työva-
hinko, jos painavat, pääasialliset syyt puhuvat sen puolesta, että se on aiheutunut työta-
paturmasta tai muusta vahingollisesta vaikutuksesta työssä. Tässä arvioinnissa huomi-
oidaan erityisesti seuraavat neljä seikkaa:

1. onko vakuutetun työympäristössä ollut sellaisia tekijöitä, jotka voivat aiheuttaa sel-
laisen vahingon kuin vakuutetulla on
2. kuinka kauan, kuinka usein ja kuinka voimakkaasti vakuutettu on työssään altistunut
vahingolliselle vaikutukselle
3. onko vakuutettu hänen fyysisen ja psyykkisen tilanteensa huomioon ottaen ollut
altis vahingolliselle vaikutukselle sekä
4. onko ja missä laajuudessa vakuutettu on ollut työelämän ulkopuolella alttiina sellai-
sille vahingollisille tekijöille, jotka voivat aiheuttaa sellaisen vahingon kuin hänellä
on.

Aikaisempi todistustaakkasääntö perustui kaksipuolaiseen haitallisen vaikutuksen sekä
syy-yhteyden arviointiin. Uuden todistustaakkasäännön mukaan tehdään kokonaisarvi-
ointi; tapaturma tai muu haitallinen vaikutus on aiheuttanut vamman, jos painavam-
mat/pääasialliset syyt puhuvat sen puolesta. Pääasialliset syyt tarkoittaa sitä, että on
oltava todennäköisempää, että vahinko on aiheutunut työssä tai työelämästä kuin että se
on aiheutunut muusta tekijästä.

Syy-yhteys päätelmien taustalla on oltava vakiintunut, pätevä lääketieteellinen konsen-
sus tieto työssä olevan tekijän vahingollisuudesta (täyttä tieteellistä yksimielisyyttä tie-
don pätevydestä ei kuitenkaan vaadita, riittävää ei kuitenkaan ole vain yhden tutkijan
näkemys). Ongelmana pidetään kuullun asiantuntijan mukaan sitä, että varmaa tieteel-
listä tietoa erilaisten psyykkisten työvahinkojen takana olevien tekijöiden tunnistamises-
ta ei ole – esimerkiksi pitkittäistutkimuksia eri työelämän altisteista ja niiden seurauk-
sista ei ole, lisäksi asiantuntijoiden käsitykset tutkimusten pätevydestä voivat poiketa

toisistaan. Erimielisyyksiä on muun muassa seuraavista: altistuksen käsite (vahingollisen vaikutuksen voimakkuus ja aika), vertailupohja (tarkastus), muut tekijät (kuten sosioekonomiset tekijät – naimaton/naimisissa, koulutus, elämäntavat, persoonallisuus).

Samoin kuin aikaisemmassa lainsäädännössä, myös 1.7.2002 voimaantulleessa lakimuutoksessa rajoitetaan psyykkisten ja psykosomaattisten sairauksien hyväksymistä työvahingoksi. Rajoituksena on ollut, ettei mielenterveyden häiriötä, joka on aiheutunut esimerkiksi yrityksen lopettamisesta ja väen vähentämisestä, työsuhderiidoista, työtötehtävien muutoksesta, ylentämättä jäämisestä, tunteesta, että on ikävystynyt tai aliarvostettu taikka siitä ettei selviydy työssään, voida korvata työvahinkona. Näihin tekijöihin ja olosuhteisiin liittyy jo luonnostaan mahdollisuus mielenterveysongelmiin.

Edellä kerrottuja poikkeuksia lukuun ottamatta voidaan psyykkinen sairaus, jonka on aiheuttanut haitallinen vaikutus työssä, korvata työvahinkona. Eri altisteiden määrittely, kuten kyselykirjeessä toivottiin, on kirjallisen vastauksen mukaan vaikeaa, koska viime kädessä kyse on todistustaakasta ja sen jakamisesta. Voidaan kuitenkin sanoa, että työssä tapahtuva kiusaaminen, ahdisteleminen, simputus ja häpäiseminen on mahdollista hyväksyä työvahingon aiheuttavaksi tekijäksi.

Käytännön vaikeutena on psyykkisiä työvahinkoja aiheuttavien vahingollisten tekijöiden/altisteiden tunnistaminen ja niihin liittyvä mittaamisongelma, varsinkin kun niitä koskevaa tutkimustietoa ei ole riittävästi. Altisteen vaikutuksen arviointi perustuu ihmisten käsityksiin: kukin yksittäinen tapaus on perusteellisesti selvitettävä ja siihen liittyvät tosiseikat on kyettävä dokumentoimaan hankkimalla tietoja usealta taholta, muun muassa haastatteleamalla esimiehiä, muita työntekijöitä, henkilöstöhallinnon ja ammattiyhdistyksen edustajia. Tällainen tiedonkeruu vie aikaa jopa vuoden verran. Vaikeutena on useissa tapauksissa myös altistuksen (vahingollisen vaikutuksen) pitkäkestoisuus, mikä vaikuttaa myös selvitystyöhön. Lisäksi pitää päättää hankittavalle tiedolle asetettavista laatuvaatimuksista sekä varmistua saadun tiedon pätevyydestä. Korvauspäätöksiä tekevässä elimessä tarvitaan eri alojen asiantuntijoita valmistelevaan korvausasiaa ja päättämään korvattavista vahinkotapahtumista.

Suuntaa-antavien tilastojen (Riksförsäkringsverket) (tilastointi on kuullun asiantuntijan mukaan vähän epävarmaa) mukaan vuosina 1996-2001 hyväksyttiin psyykkisiä sairauksia työvahingoiksi seuraavasti: 1996 – 55 kpl, 1997 – 39 kpl, 1998 – 39 kpl, 1999 – 77 kpl, 2000 – 99 kpl ja 2001 – 148 kpl.

Ruotsin järjestelmää voi pitää yleislausekemallina, huomioon ottaen psykologisia tekijöitä koskeva poikkeus (rajoitus).

Tanska

Tanskan ammattitautijärjestelmä on sekajärjestelmä, jossa ammattitautiluettelossa mainittujen sairauksien osalta ammattitaudiksi hyväksymismenettely on hallinnollinen. Jos sairautta ei ole mainittu luettelossa, se voidaan hyväksyä ammattitaudiksi, mutta hyväksyminen on alistettava Ammattitautikomitealle, jossa on edustettuina elinkeinoelämän eri etutahoja.

Ammattitautiluettelossa ei mainita mielenterveydenhäiriöitä, eikä niitä siten sen perusteella voida hyväksyä ammattitaudiksi. Ammattitautikomitea voi hyväksyä mielenter-

veydenhäiriön ammattitaudiksi, jos sen on aiheuttanut, joko kokonaan tai pääasiassa, työssä olevat erikoispiirteet. Komitean käytäntönä on ollut suosittaa korvaamista, jos työssä on ollut pitkäkestoista stressiä, joka on sisältänyt väkivaltatilanteita tai niiden uhkaa, tai muuta vastaavaa rasitusta, joka ei ole kyseessä olevalle työlle tyypillistä. On myös hyväksytty tapauksia, joissa työntekijä on altistunut hyvin vakavalle kiusaamiselle, ahdistelulle. Posttraumaattisten stressioireyhtymien lisäksi myös muita sairauksia voidaan korvata, jos työ on ollut erityisen stressaavaa. Vuonna 2001 hyväksyttiin 34 tapauksessa mielenterveydenhäiriö ammattitaudiksi.

Norja

Norjassa korvataan työtapaturmia ja ammattitauteja kahden eri lain ja järjestelmän perusteella – työtapaturmavakuutus (the Workmen's Compensation Insurance Act) (yksityiset vakuutusyhtiöt) ja yleinen sairausvakuutus (the National Insurance Act) (Rikstrygdeverket). Korvauksia suoritetaan työvahingoista näiden molempien lakien perusteella. Työvahinkoja ovat työtapaturma ja ammattitauti, jotka siis erotellaan toisistaan. Yleistä sairausvakuutusta koskeva laki sisältää työtapaturman ja ammattitaudin määritelmät, työtapaturmavakuutuslain työtapaturman määritelmä vastaa käytännössä yleisen lain määritelmää. Työtapaturmavakuutuslain ammattitautimääritelmä sisältää erään laajennuksen yleisen lain ammattitautikäsitteeseen.

Ammattitaudilla tarkoitetaan työympäristössä olevan haitallisen vaikutuksen ajan kuluessa aiheuttamaa sairautta. Norjan ammattitautijärjestelmä perustuu lainsäädännössä olevaan ammattitautilistaan. Listassa ei ole mainittu psyykkisiä tai psykologisia tekijöitä. Työtapaturmavakuutuksen erityissäännöksen perusteella myös muu sairaus voidaan korvata ammattitautina, jos se on aiheutunut vahingollisen aineen tai työprosessin vaikutuksesta. Tämän erityissäännöksen perusteella ammattitaudiksi hyväksyminen edellyttää, että on erittäin todennäköistä, että sairaus on aiheutunut väitetystä työssä olevasta vaikutuksesta. Erityissäännöksen johdannossa on todettu, että se ei kata stressisairauksia, käytännössä ei myöskään henkisen stressin ajan kuluessa aiheuttamia sairauksia.

Työtapaturmalla tarkoitetaan äkillistä ja odottamatonta, ulkoista työssä sattuvaa tapahtumaa. Työtapaturma on myös tietty konkreettinen, ajallisesti rajoitettu ulkoinen tapahtuma, joka aiheuttaa sellaista rasitusta tai stressiä, joka on epätavallista normaaliin työhön verrattuna. Työtapaturmana ei voida kuitenkaan korvata lain erityissäännöksen perusteella henkisen rasituksen tai stressin ajan kuluessa aiheuttamia stressitiloja.

Lähtökohtaisesti lainsäädännön mukaan työympäristöstä johtuvien tekijöiden aiheuttamia mielenterveyden häiriöitä ei siten korvata työvahinkoina.

Käytännössä korvauksia on kuitenkin suoritettu hyväksytyn työtapaturman tai ammattitaudin aiheuttamasta henkisestä tilasta eli seurauksesta, jos syy-yhteys on erittäin todennäköinen. On katsottu, että tietyissä tapauksissa tietyn tapahtuman aiheuttama psykologinen vaikutus on niin äärimmäinen laadultaan, että sovellettavaksi tulee työtapaturman määritelmän jälkimmäinen osa (työtapaturma on myös tietty konkreettinen, ajallisesti rajoitettu ulkoinen tapahtuma, joka aiheuttaa sellaista rasitusta tai stressiä, joka on epätavallista normaaliin työhön verrattuna). Esimerkiksi pankkivirkailijalle ryöstön yhteydessä aiheutuva psykologinen vamma (traumaperäinen stressireaktio) voidaan korvata (ryöstö käsitteellisesti samaistetaan tapaturmaan). Myös suurten katastrofien yhteydessä, kuten öljynporauslautta Alexander Kiellandin kaaduttua, on korvauksia suoritettu.

Toisaalta on myös korvattu psykologinen vahinko työntekijälle, joka oli ollut työnantajan seksuaalisen väärinkäytön kohteena jonkin aikaa, samoin on korvattu psykologinen vahinko työntekijälle, joka oli ollut muiden työntekijöiden äärimmäisen ja jatkuvan uhan kohteena todistettuaan näitä vastaan työpaikan varkaus jutussa.

Tilastotietoja edellä luetelluista poikkeuksista ei ole saatavilla.

Belgia

Belgian ammattitautijärjestelmä on sekajärjestelmä, jossa ammattitautilistassa mainittujen sairauksien osalta olettamuksena on työperäisyys. Yleislausekkeen käyttö edellyttää näyttöä sairauden aiheutumisesta työstä johtuvista syistä.

Lainsäädäntö ei tunne psyykkisten tai psykologisten tekijöiden aiheuttamia ammattitauteja.

Saksa

Saksan ammattitautilainsäädäntö perustuu sekajärjestelmään, jossa on sekä ammattitautiluettelo että yleislauseke. Ammattitautiluettelo on liittovaltion lainsäädännöllä vahvistettua lainsäädäntöä. Myös yleislausekkeen perusteella on mahdollista korvata muita kuin ammattitautiluettelossa mainittuja sairauksia ammattitautina, jos sairaudesta on saatu sellaista uutta lääketieteellistä tutkimustietoa, jota ei ole ollut käytettävissä ammattitautiluettelon säätämisen aikaan eikä luettelossa ole otettu kyseessä olevan sairauden ammattitautikorvattavuuden osalta kantaa puolesta tai vastaan.

Psyykkisten tai psykologisten tekijöiden aiheuttamia sairauksia ei ole mainittu voimassa olevassa ammattitautiluettelossa eikä niitä ole hyväksytty ammattitaudeiksi.

Itävalta

Itävallan ammattitautijärjestelmä perustuu laissa olevaan ammattitautiluetteloon, jossa tällä hetkellä on 52 ammattitautia, sekä yleislausekkeeseen. Yleislausekkeen käyttö edellyttää yli 50 %:n työkyvyttömyyttä, jonka on aiheuttanut myrkyllinen aine tai valokemiallinen säteily. Yleislauseketapauksissa sosiaaliministeriö vahvistaa ammattitaudin toteamisen.

Psyykkisten tai psykologisten tekijöiden aiheuttamia ammattitauteja ei tunneta Itävallan lainsäädännössä. Sen sijaan myrkyllisten aineiden aiheuttamia psyykkisiä sairauksia korvataan kyllä.

Sveitsi

Sveitsin ammattitautijärjestelmä on sekajärjestelmä, jossa ammattitautiluetteloa täydentää yleislauseke.

Lainsäädännössä ei tunneta psyykkisten tai psykologisten tekijöiden aiheuttamia ammattitauteja.

Italia

Italian ammattitautijärjestelmä on sekajärjestelmä, jossa on sekä lainsäädännöllä voimaan saatettu ammattitautilista että yleislauseke. Jos sairaus on mainittu listassa, työntekijän ei tarvitse osoittaa sairauden työperäisyyttä. Jos sairautta ei ole mainittu listassa, työntekijällä on näyttövelvollisuus sen työperäisyydestä.

On mahdollista, että psyykkisten tai psykologisten tekijöiden aiheuttamia sairauksia voidaan korvata työperäisinä. DSM-IV ja ICD-10 tautiluokitusten mukaiset sopeutushäiriöt (F43.2) ja posttraumaattinen stressihäiriö (F43.1) ovat tällaisia mahdollisia työperäisiksi luokiteltavia sairauksia. Vuonna 2002 korvattiin ammattitautina yhteensä 12 tapausta, joissa oli kyse työssä olevan psykososiaalisen tekijän aiheuttamasta sairaudesta. Tapaukset koskivat työpaikkakiusaamista ja 10 niistä tuli samalta työpaikalta.

Kreikka

Kreikan ammattitautijärjestelmä perustuu ns. listaan. Sairauden toteaminen ammattitautiksi edellyttää, että sekä sairaus että kyseessä oleva työ on mainittu lakina voimassa olevassa ammattitautilistassa. Psyykkisten tai psykologisten tekijöiden aiheuttamia ammattitauteja ei tunnusteta lainsäädännössä.

Espanja

Espanjan ammattitautijärjestelmä perustuu viralliseen ammattitautiluetteloon. Toisaalta, työtapaturmana voidaan korvata myös sellaisia työperäisiä sairauksia, joita ei ole mainittu ammattitautiluettelossa.

Periaatteessa on mahdollista, että korvataan psyykkisen tai psykologisen tekijän aiheuttama sairaus, jos yksittäistapauksessa todetaan altisteen ja työn välinen syy-yhteys.

Ranska

Ranskassa on sekä ammattitautitaulukko/-luettelo että sitä täydentävä yleislauseke. Lain mukaan ammatillista alkuperää oleviksi oletetaan kaikki ammattitautitaulukkoon merkityt sairaudet, jotka on saatu taulukossa mainituissa olosuhteissa. Vuodesta 1993 alkaen on ollut mahdollista todeta taulukkoon merkitsemätön sairaus ammattitautiksi myös yleislausekkeen (ns. täydentävä järjestelmä) perusteella, kun on todettu, että sairauden aiheuttajana on, olennaisesti ja välittömästi, sairastuneen tavanomainen työ ja että sairaus johtaa ammattitautien alueellisen tunnustamiskomitean käsityksen mukaan joko kuolemaan tai pysyvään kahden kolmasosan työkyvyttömyyteen.

Ammattitautitaulukoissa ei ole psyykkisiä tai psykologisia tekijöistä johtuvia sairauksia. Niistä aiheutuvia sairauksia on sen sijaan mahdollista korvata joko työtapaturman seurauksena tai täydentävän järjestelmän perusteella. Työtapaturmana korvataan työaikana ja työpaikalla pahoinpitelyn seurauksena aiheutunut psykologinen trauma. Vaikeita tapauksia ovat ne, joissa ei ole pahoinpitelyyn rinnastettavaa hyökkäystä eikä siten varsinaista työtapaturmaa, vaan henkilö joutuu toistuviin uhanalaisiin tilanteeseen ja/tai loukkauksien kohteeksi. Tyypillisiä ammattiryhmiä, joissa tällaisia tilanteita voi esiintyä, ovat julkisen liikenteen työntekijät, sosiaalialan työntekijät, sosiaalisten elinten ja työvoimaviraston henkilökunta. Ongelman näissä muodostaa se, että varsinaisen työta-

paturman käsite katoaa, sillä tällöin ei ole mahdollista määrittää, mikä patologisen tilan aiheuttanut tapahtuma on, jotta sille olisi mahdollista antaa ammattitaudin aiheuttajan merkitys. Jos näissä tapauksissa sairastuneella on todettu vähintään kahden kolmasosan työkyvyttömyys, ammattitautihakemus voidaan tehdä ja se alistaa ammattitautien alueellisen tunnistamiskomitean tarkastettavaksi. Käytännössä kynnys ammattitaudin hyväksymiseen ns. täydentävän järjestelmän kautta on korkea, ja tähän mennessä tavalla hyväksyttyjä ammattitauteja on ollut erittäin vähän (2 tapausta 2000:sta).

Irlanti

Irlannin järjestelmä perustuu ammattitautiluetteloon eikä psyykkisten tai psykologisten tekijöiden aiheuttamia ammattitauteja siinä ole mainittu. Siten niitä ei myöskään korvata.

Luxemburg

Luxemburgin ammattitautijärjestelmässä on avoin ammattitautimääritelmä, toisin sanoen sairaus voidaan todeta ammattitaudiksi, jos sen yhteys työhön voidaan vahvistaa. Psyykkisten tai psykologisten tekijöiden aiheuttamia sairauksia ei hyväksytä ammattitaudeiksi eikä niitä koskevia vaatimuksia ole esitetty.

Portugali

Portugalin ammattitautijärjestelmä on sekamalli, jossa on lainsäädännöllä vahvistettu ammattitautiluettelo, mutta mikä tahansa muukin sairaus voidaan todeta ammattitaudiksi, jos lääkäri vahvistaa altistetekijän ja sairauden yhteyden.

2 NYKYTILAN ARVIOINTI

2.1 Toimeksiannon kysymysten tarkastelu

Tämän muistion vastausosassa käytetään työryhmän toimeksiannossa esiintyvän psyykkisen sairauden asemesta mielenterveyden häiriö -termiä. Tämä käsite on tarkemmin selostettu kohdassa 1.4.1.

2.1.1 Onko olemassa kiistatonta lääketieteellistä osoitusta siitä, että jokin yksittäinen, yksilöön ulkoapäin kohdistuva tekijä voisi aiheuttaa hänelle tietyn, psyykkiseksi sairaudeksi luokiteltavissa olevan tilan?

Yleistä

Useita mielenterveyden häiriöiden syytekijöitä tunnetaan, sekä psyykkisiä, biologisia että sosiaalisia. Joidenkin mielenterveyden häiriöiden kohdalla on näyttöä siitä, että jokin yksittäinen, yksilöön ulkoapäin kohdistuva tekijä voi aiheuttaa tietyn, mielenterveyden häiriöksi luokiteltavissa olevan tilan. Tässä on kuitenkin suuria eroja eri häiriöryhmien välillä. Periaatteessa mielenterveyden häiriöt eivät tässä suhteessa eroa muista monitekijäisistä sairauksista. Mielenterveyden häiriöitä luokiteltaessa merkittävää on mielenterveyden häiriö lopputilana eikä niiden mahdollinen syy ole mukana diagnosti-sissa kriteereissä (esimerkiksi ICD-10 luokituksen muut ryhmät kuin F43). Diagnoosi on usein luonteeltaan kuvaileva ja tavallista on myös se, että useita häiriöitä esiintyy samanaikaisesti (ns. komorbiditeetti).

Mielenterveyden häiriöiden syiden selvittämisessä tyypillistä on niihin johtavien prosessien pitkäkestoisuus ja monikerroksisuus. Mahdolliset syytekijät voivat unohtua tai niiden merkitys ajan myötä muuttua. Kun vain prosessin lopputila on nähtävissä, on useimmiten vaikeaa nimetä yksittäistä tekijää häiriön kehityskulussa sen pääasialliseksi syyksi. Asian arviointia edelleen vaikeuttaa kokemuksen elämyksellinen ja kontekstisidonnainen luonne: Ulkoapäin tulevan tekijän ei välttämättä tarvitse olla ulkopuolisen tarkkailijan näkökulmasta erityisen merkittävä asia tai tapahtuma, vaikka sen kohteeksi joutunut henkilö saattaa kokea sen hyvinkin voimakkaasti. Tällaisia tapahtumia tai eri henkilöille erilaisen merkityssisällön omaavia seikkoja voi esiintyä joko yksityiselämässä tai työelämässä tai molemmissa, ja lisäksi eri asteisina. Ulkoisen tapahtuman merkitys eri yksilöille vaihtelee siis suuresti ja sairastumisen kannalta oleellista on tapahtuman kokemuksellinen, siis subjektiivinen luonne. Toisaalta on olemassa myös niin vaikea-asteisia psykososiaalisia kuormitustekijöitä, että ne voivat aiheuttaa lähes kaikille ihmisille mielenterveyden häiriöitä.

Syy-yhteyden arvioinnista

Sairauksien syyt voidaan ryhmitellä esimerkiksi seuraavasti: perimä, ympäristötekijät, elintavat ja sattuma. Vain pieni osa sairauksista on yhden syytekijän aiheuttamana. Esimerkiksi monet geneettisesti määräytyvät sairaudet vaativat ilmetäkseen joukon enemmän tai vähemmän tunnettuja ulkoisia tekijöitä. Lääketieteellisen tiedon lisääntyessä onkin enenevästi jouduttu luopumaan perinteisestä yksi syy - yksi sairaus ajattelusta. Vaikka ryhmätasolla onnistutaan tunnistamaan yhä uusia sairauksien syytekijöitä,

niiden vaikutukset yksittäisen henkilön kohdalla ovat usein edelleen vaikeasti arvioitavissa.

Sairauksien syitä arvioitaessa on myös pidettävä erillään kaksi tasoa: yleinen ja yksilökohtainen. Jotta yksilötasolla voitaisiin päätyä myönteiseen syy-yhteyspäätelmään, niistä molemmista on oltava näyttöä. Todennäköisyyden arvioinnissa lähdetään siis liikkeelle yleisestä todennäköisyydestä, altistuksen ja vaikutuksen välisestä yhteydestä, jota voidaan kuvata esimerkiksi riskisuhteella tai –erolla. Useimmiten vallitsee myös looginen annos-vaste suhde.

Vain siinä tapauksessa, että syy-yhteys on yleisellä tasolla osoitettu, voidaan edetä yksilötason todennäköisyyteen. Yksilön todennäköisyys sairastua ei välttämättä kuitenkaan ole sama kuin yleinen todennäköisyys, eikä yleisestä todennäköisyydestä voida johtaa yksittäisen tapauksen todennäköisyyttä. Eri yksilöt voivat myös reagoida eri tavoin samaan ulkoiseen tekijään.

Seuraavassa tarkastellaan ulkoisten tekijöiden ja mielenterveyshäiriöiden välisiä yhteyksiä sairausryhmittäin.

Stressihäiriöt

Kansainvälisen tautiluokituksen (ICD 10) luokka vakavat stressireaktiot ja sopeutumishäiriöt (F43) poikkeaa muista siinä, että se sisältää häiriöitä, jotka voidaan tunnistaa paitsi oireiden ja taudinkulun myös syytekijävaikutuksen perusteella. Syytekijöitä on kahdenlaisia: poikkeuksellisen rasittava elämäntapahtuma, joka aiheuttaa äkillisen stressireaktion, ja merkittävä elämänmuutos, joka johtaa jatkuvien hankalien olosuhteiden kautta sopeutumishäiriöön. Häiriöt on luokiteltu kolmeen ryhmään, äkillinen stressireaktio (F43.0), traumaperäinen stressireaktio (F43.1) ja sopeutumishäiriöt (F 43.2). Kaikille on yhteistä se, että niiden katsotaan kehittyvän reaktiona joko ruumiilliseen tai henkiseen ylikuormitukseen. Ylikuormitus voi olla äkillinen tai pitkäaikainen ja sitä seuraavat oireet häiriöstä riippuen varsin moninaisia.

Äkillinen stressireaktio on ohimenevä häiriö, joka kehittyy mieleltään ilmeisen terveelle yksilölle reaktiona poikkeukselliseen ruumiilliseen tai henkiseen stressiin ja joka tavallisesti väistyy tuntien tai päivien kuluessa. Yksilöllisellä haavoittuvuudella ja selviytävyydellä on vaikutusta äkillisten stressireaktioiden ilmenemiseen ja vakavuuteen.

Traumaperäinen stressireaktio kehittyy viivästyneenä tai pitkittyneenä vasteena rasittavaan (lyhyt- tai pitkäkestoiseen), poikkeuksellisen uhkaavaan tai tuhoisaan tapahtumaan taikka tilanteeseen, joka todennäköisesti synnyttäisi suurta hätää melkein kenessä tahansa.

Sopeutumishäiriöt ovat tunne-elämän häiriö- ja ahdistustiloja, jotka tavallisesti häiritsevät sosiaalista toimintaa ja suoriutuskykyä ja syntyvät merkittävän elämänmuutoksen tai rasittavan elämäntapahtuman jälkeisen sopeutumisvaiheen aikana. Yksilöllisen alttiuden ja haavoittuvuuden vaikutus sopeutumishäiriöiden ilmenemismuotoon ja –muotoihin on suuri, mutta siitä huolimatta oletetaan, että häiriötä ei olisi syntynyt ilman rasisitustekijää.

Tähän ryhmään koottujen häiriöiden ajatellaan syntyvän aina äkillisen vaikean stressin tai jatkuvan trauman suorana seurauksena. Rasittavat tapahtumat tai jatkuvat hankalat

olosuhteet ovat ensisijainen ja tärkein syytekijä, eikä häiriötä olisi ilmennyt ilman niiden vaikutusta.

Ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöt

Erilaiset ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöt ovat väestössä varsin yleisiä ja lievien muotojen erottaminen normaaleista reaktioista elämäntapahtumiin on vaikeaa. Varsinkin viime vuosikymmenen työelämän olosuhdemuutokset ja muuttuneet työn kognitiiviset vaatimukset, ihmisten sopeutuminen näihin sekä yksilölliset erot sopeutumisessa ovat näkyneet myös sairauspoissaoloissa ja masennussairauksien osalta myös tuntuvana kasvuna työkyvyttömyyseläketilastoissa. Väestötutkimusten (esimerkiksi Mini-Suomi, Terveys 2000) mukaan masennussairauksien esiintyvyys väestössä ei ole samaan aikaan vastaavasti kasvanut. Monien ahdistus- ja masennusoireyhtymien yhteys ulkoisiin tekijöihin on tilastollisesti ryhmätasolla tunnistettu. Kuitenkin yksittäisen oireyhtymän yhteyttä johonkin yksittäiseen tekijään on useimmiten vaikeaa yksilötasolla osoittaa.

Psykoottiset häiriöt

Skitsofrenian ja useimpien ei-elimellisten psykoottisten mielenterveyshäiriöiden kohdalla yhteys ulkoisiin, yksittäisiin tekijöihin on yleensä huonosti tunnettu eikä niitä valalla olevan käsityksen mukaan pidetä samalla tavalla ulkosyntyisinä kuin esimerkiksi traumaattista stressireaktiota, vaikka ulkoisten tekijöiden näitä sairauksia pahentava vaikutus onkin hyvin tiedossa. Poikkeuksen muodostavat akuutit psykoottiset reaktiot erittäin vakaviin elämäntapahtumiin liittyen.

Elimelliset mielenterveyden häiriöt

Mielenterveyden häiriöiden melko selkeinä syytekijöinä voidaan usein tunnistaa riippuvuutta aiheuttavat kemialliset aineet kuten tupakka, huumeet, alkoholi ja liuotinaineet (impattavat). Keskushermostolle haitallisille neurotoksisille kemikaaleille altistuneille henkilöille voi kehittyä myös toksinen aivosairaus, joka ilmenee usein neuropsykiatrisin oirein (muun muassa muistivaikeudet, väsymys, keskittymisvaikeudet, ärtyneisyys ja mielialamuutokset). Tietty myrkyt voivat aiheuttaa myös toksisen psykoosin. Aineiden vaarallisuus tässä suhteessa poikkeaa suuresti toisistaan ja vaikutukseen liittyy myös yksilöllisiä tekijöitä, jotka tunnetaan suhteellisen huonosti. Useimmiten kyseessä on yleensäkin suhteellinen riski, ja myös altistuksen määrällä on yleensä huomattava merkitys. Sairastumisen todennäköisyys voidaan arvioida kohtuullisen hyvin ryhmätasolla, mutta yksilön kohdalla epävarmuustekijät ovat suuria. Mielenterveyshäiriöitä myös hoidetaan psyykkisiin toimintoihin vaikuttavilla lääkeaineilla, joiden mekanismit vaihtelevat suuresti. Lääkkeiden sivuvaikutuksena voi esiintyä myös ei-toivottuja psyykkisiä oireita, jota ovat hoidettavasta häiriöstä riippumattomia.

2.1.2 Minkälainen on nykyinen tietämys mahdollisesta syy-yhteydestä psyykkisten tekijöiden ja fyysisten sairauksien välillä?

Psykosomatiikalla tarkoitetaan mielen ja ruumiin vuorovaikutusta ja tästä on viime vuosina saatu runsaasti uutta tutkimustietoa, erityisesti biologisten mekanismien kuten erilaisten välittäjäaineiden, hormonien ja immunologisten tekijöiden merkityksestä. Psykosomaattisten sairauksien käsitteestä on kuitenkin yhä enemmän luovuttu sekä yhteyksien monimutkaisuuden että kaksisuuntaisuuden takia. Psykososiaaliset tekijät ovat mukana monien, kenties useimpien sairauksien syntymisessä, puhkeamisessa ja taudinku-

lussa ja niistä toipumisessa. Toisaalta jotkut perinteisesti psykosomaattiseksi luokitellut sairaudet, kuten vatsahaava, ovatkin paljastuneet ainakin suureksi osaksi muilla mekanismeilla aiheutuviksi.

Epidemiologisissa tutkimuksissa on tunnistettu sekä persoonallisuuden rakennetekijöitä, että psyykkisiä kuormitustekijöitä, joilla on ollut ennustearvoa esimerkiksi sepelvaltimotaudin ilmaantuvuuden suhteen. Näitä ei kuitenkaan pidetä samalla tavoin varmistetuina riskitekijöinä kuin verenpaine ja korkea kolesterolit. Yleisesti voitaneen todeta, että psyykkisillä tekijöillä voi olla fyysisten sairauksien todennäköisyyttä lisäävää vaikutusta, mutta nykytiedon perusteella niitä ei voida pitää pääasiallisena syynä.

2.1.3 Onko olemassa lääketieteellisiä menetelmiä, joilla voitaisiin erotella erilaiset syytekijät toisistaan ja arvioida niiden vaikuttavuutta psyykkisten sairauksien syntyyn?

Psyykkisten häiriöiden syyt voidaan jakaa kolmeen ryhmään:

- 1) Alttius
- 2) Laukaisevat tekijät
- 3) Välittävät mekanismit

Alttius psyykkiselle häiriölle voi olla geneettistä, varhaiskehitykseen tai degeneratiivisiin prosesseihin liittyvää. Näiden kolmen osa-alueen tekijät voivat joko yhdessä tai erikseen lisätä alttiutta häiriön saamiseen.

Psyykkisiä häiriöitä laukaisevina tekijöinä voidaan luetella seuraavia:

- Kehitykselliset kriisit, jotka voivat sinänsä olla joko positiivisia tai negatiivisia. Häiriöalttiutta lisäävänä tekijänä voi olla se, että henkilö ei kykene sopeutumaan sinänsä normaaliin kehitykseen.
- Äkilliset elämäntapahtumat joko työssä tai yksityiselämässä.
- Pitkäaikainen työ- tai vapaa-aikaan liittyvä rasitus.
- Toksiset tekijät, kuten alkoholi ja lääkkeet.
- Sairaudet, jotka joko psykososiaalisesti tai elimellisesti voivat laukaista häiriön.

Välittävillä mekanismeilla tarkoitetaan erilaisia välittäjäainemuutoksia erityisesti keskushermostossa. Myös hormonaaliset muutokset, muun muassa stressin kokemiseen liittyvät kortisolimuutokset, voivat olla välittävinä mekanismeina. Stressi voi myös aiheuttaa solutason muutoksia, jotka heijastuvat muistivaikeuksina. Neurokemiallisia välittäjämekanismeja edustanevat neuropsykologisten urautumien aktivoituminen. Tällä tarkoitetaan tiettyjen, itseään toistavien ajattelukehien syntymistä.

Vaikka mahdollisia laukaisevia tekijöitä voidaan kohtuullisen helposti tunnistaa, sekä niiden keskinäisen merkityksen että yksilöllisistä tekijöistä johtuvan alttiuden arviointi on epävarmaa. Psyykkiset tekijät myös poikkeavat useimmista työelämän kemiallisista, fysikaalisista ja biologisista tekijöistä siinä, että niitä yleisesti esiintyy sekä työssä että vapaa-aikana ja altisteen määrän arviointiin ei ole tällä hetkellä olemassa luotettavia, käytäntöön sovelluskelpoisia mittaamenetelmiä.

Tällä hetkellä käytettävissä olevien tietojen perusteella esitettyyn kysymykseen ei pystytä antamaan varmaa vastausta. Vaikka ryhmätasolla on tunnistettu lukuisia mielenterveyden häiriöiden todennäköisyyttä lisääviä tekijöitä, niitä ei voida suoraan soveltaa yksilötasolla.

Käytännössä voidaan antaa joitain vastauksia ääritilanteista ja tehdä päätelmiä eri syytekijöiden riskisuhteiden perusteella. Syytekijöitä voidaan erotella ja mahdollista on muun muassa todeta, että tietyn työelämän tekijän riskisuhde voi olla selkeästi suurempi kuin tietyn yksityiselämän tekijän riskisuhde. Tällaisessa tilanteessa voisi siis olla mahdollista todeta, että häiriö todennäköisesti aiheutuu työstä johtuvasta tekijästä. Selvitystyö on yksittäistapauksessa mahdollista, jos se perustuu hyvään lääketieteelliseen tietoon ja hyvään yksilötutkimukseen. Tällöin olisi aina selvitettävä yksilölliset erot alttiudessa ja olosuhdetekijöissä. Silloin, kun selvitystyö perustuu jälkikäteen hankittuun tietoon, objektiivisen tiedon saaminen kaikista asiaan vaikuttavista tekijöistä voi olla vaikeaa. Tietty tekijä voi näkyä jälkikäteisessä selvittelyssä selvemmin kuin toinen tekijä.

2.1.4 Onko olemassa menetelmiä, joilla voitaisiin objektiivisesti arvioida työssä ja sen ulkopuolella tapahtuneen psyykkisen altistuksen keskinäisiä määrällisiä ja laadullisia vaikutuksia?

Psyykkinen altistus – psykososiaalinen työkuormitus

Työn aiheuttamaa psykososiaalista kuormitusta ja siihen vaikuttavia tekijöitä voidaan kuvata monin tavoin. On olemassa riittävän hyvin validoituja tutkimusmenetelmiä (mittaavat ilmiötä, jota niiden oletetaan mittaavan), joilla voidaan arvioida työn ja työolosuhteiden yleistä tai keskimääräistä kuormittavuutta. Valtaosa menetelmistä perustuu kyselytutkimuksiin. Näiden menetelmien myönteisenä puolena on suhteellinen helppokäyttöisyys verrattuna erilaisiin ulkopuolisen havainnoijan käyttöön perustuviin menetelmiin. Kyselytutkimuksiin liittyvänä ongelmana voidaan siis pitää niiden yksilötason objektiivisuuden riittämättömyyttä ja luotettavuutta, vaikka ne usein ovat ryhmätasolla varsin luotettavia ja toistettavia. Sen sijaan tällä hetkellä käytettävissä ei ole menetelmiä, joilla voidaan luotettavasti yksilötason diagnostiikan keinoin arvioida työssä ja sen ulkopuolella tapahtuvan psyykkisen altistuksen keskinäisiä määrällisiä ja laadullisia vaikutuksia. On pidettävä mielessä, että työkuormituksen eräs ongelma liittyy siihen, että sekä ali- että ylikuormitus on nähtävästi haitallista ja kuormitusoptimi on yksilöllinen.

Tutkimuksia työkuormituksesta ja sen yhteydestä mielenterveyden häiriöihin

Kuormittavien työolosuhteiden ja masennusoireiden yhteydestä on tehty useita pitkitäistutkimuksia. Sen sijaan nämä yhteydet diagnosoitavissa olevien mielenterveyshäiriöiden kehittymisen kannalta tunnetaan huonommin. Aivan viime aikoina on ilmestynyt tutkimuksia myös tästä, mutta niiden merkityksen arviointi tiedeyhteisön sisällä on vielä kesken.

Tiettyjen kuormitustekijöiden ja kielteisten mielenterveysvaikutusten yhteys on eri tutkimuksissa ollut varsin johdonmukainen, mutta riskisuhteet ovat yleensä verrattain pieniä.

Työssä ja sen ulkopuolella olevat altistustekijät

Työ- ja vapaa-ajan altistusten suhteellisen merkityksen erotteliseksi olisi tiedettävä minkälainen tai miten voimakas altistus on työssä ja minkälainen työn ulkopuolella. Työ- ja vapaa-ajan altistumisen vaikutusten erottelu on vaikeaa etenkin pitkäkestoisissa häiriöissä. Sen sijaan äkillisten ja voimakkaiden ulkoisten tapahtumien aiheut-

tamia vaikutuksia on helpompi erotella yksittäistapauksissakin. Luotettava arvio on usein mahdollista traumaattisissa stressireaktioissa, joiden osalta lopputila seuraa altistusta lyhyellä aikavälillä. Sen sijaan vaikeissa, pitkäkestoissa mielenterveyden häiriöissä syy-yhteys ketjun viimeisestä tekijästä sairauteen ei välttämättä ole selvä ja oikea (pelkkä ajallinen yhteys ei ole riittävää), vaan esimerkiksi skitsofreniassa jo perintötekijöillä ja kehitysympäristöllä on suuri vaikutus sairauden puhkeamiseen. Samoin eri masennusoireyhtymien osalta tieto syy-yhteydestä työhön tai muihin ulkoisiin tekijöihin on epäselvä.

2.1.5 Onko olemassa luotettavia menetelmiä, joilla voitaisiin arvioida ja eritellä henkilön useiden erilaisten psyykkisten sairauksien osuutta hänen henkiseen tai fyysiseen kokonaisterveydentilaansa?

Huolellisessa lääketieteellisessä tutkimuksessa pyritään aina muodostamaan kokonaiskuva potilaasta, olipa sitten kysymys somaattisista tai psyykkisistä sairauksista tai näiden samanaikaisesta esiintymisestä. Psykyen ja sooman välisten monimutkaisten yhteyksien takia mielenterveyden häiriöitä ja fyysistä sairautta on usein mahdotonta kokonaan erottaa, mutta lääketieteen traditiossa kuitenkin pyritään taudit erittelemään mahdollisimman täsmällisesti ja yhdenmukaisin kriteerein toisistaan erottuviin diagnooseihin.

Erityisesti mielenterveyden häiriöille on ominaista usean häiriön ainakin osittainen samanaikaisuus eli ns. komorbiditeetti. Tällaisissa tilanteissa on erityisen ongelmallista tietää, mikä on syy ja mikä seuraus, ja syy-yhteydet voivat siis kulkea molempiin suuntiin ja monimutkaisella tavalla ja pitkän ajanjakson kuluessa. Komorbiditeetin tunnistamisella on tärkeä merkitys potilaan hoidon kannalta, mutta se vaikeuttaa syy-yhteyksien analyysiä etenkin yksi syy - yksi sairaus -tyyppisessä syy-yhteyssajattelussa.

Yksilödiagnostiikassa voidaan siis päätyä samalla potilaalla useisiin psykiatriin diagnooseihin, joiden tunnistaminen on hoidon kannalta tärkeää. Sen sijaan sellaisia lääketieteellisiä menetelmiä, joiden perusteella voitaisiin tällaisessa tilanteessa luotettavasti arvioida nimenomaan syy-seuraussuhteita, ei ole tällä hetkellä käytettävissä. Tähän verrattavaa arvioita kuitenkin tavoitellaan oikeuspsykiatriassa toteutettavassa syyntakeisuuden arvioinnissa.

2.1.6 Miten tulisi suhtautua yksilöllisten persoonallisten tekijöiden merkitykseen psyykkisten sairauksien synnyssä?

Persoonallisuustekijöillä on merkitystä sairauksien kokemiseen, hoitomyöntyvyyteen ja ennusteeseen. Erilaiset luonteenpiirteet eivät yleensä ole sairauksia. Tiukkojen kriteerien mukaan sairaudeksi luokiteltavien varsinaisten persoonallisuushäiriöiden yleisyydeksi on arvioitu muutama prosentti väestöstä. Joihinkin persoonallisuushäiriöihin liittyy suurentunut todennäköisyys sairastua myös muihin mielenterveyden häiriöihin. Näin voi olla myös vielä normaaliksi katsottujen luonteenpiirteiden osalta, mutta asiasta ei ole riittävästi tutkimustietoa luotettavien päätelmien tekemiseksi.

Kuultujen asiantuntijoiden mukaan yksilöllisten persoonallisten tekijöiden merkitykseen mielenterveyden häiriöiden synnyssä on suhtauduttava varovaisesti.

2.2 Kokonaisarviointi

2.2.1 Onko olemassa riittäviä edellytyksiä korvata psyykkisen tekijän aiheuttamia sairauksina ammattitautina?

Työryhmän muistiossa psyykkisellä tekijällä tarkoitetaan työn psyykkistä kuormitustekijää.

2.2.1.1 Psyykkisen tekijän määrittäminen

Psyykkinen tekijä altisteena on tulkinnanvarainen käsite, minkä vuoksi se tulisi määritellä lakitekstissä. Jos ammattitautilainsäädäntöön lisättäisiin uutena altisteena psyykkinen tekijä, tämän tekijän esiintyminen työssä tulisi tarkoin määritellä. Hallituksen esityksen perusteluiden tasolla oleva käsitelmäärittely ei ole riittävää, kun kyse on yksilön oikeuksista.

Asiantuntijakuulemisissa esitettiin työn aiheuttamaan kuormitukseen liittyvinä tekijöinä työn sisältöön, työyhteisöön ja sosiaalisiin vuorovaikutussuhteisiin sekä työn organisointiin liittyviä seikkoja. Laajoina kokonaisuuksina niihin sisältyy sekä myönteisiä että kielteisiä piirteitä. Näiden joukosta pitäisi tunnistaa sellaiset tekijät, joiden voidaan katsoa olevan terveydelle haitallisia. Ilmeistä myös on, että haitallisuus usein riippuu ko. psyykkisen tai sosiaalisen altisteen laadun lisäksi sen määrästä siten, että joissakin tapauksissa sekä ali että ylikuormitus on haitallista. Työhön liittyvien erilaisten kuormitustekijöiden joukosta olisi lisäksi erikseen voitava määritellä se, mitä ylipäättään voidaan pitää terveydelle vahingollisena tekijänä ja mikä taas olisi hyväksyttävänä pidettävää työn kuormitusta. Nykytiedon avulla ei ole mahdollista laatia yksiselitteistä määrittelyä työssä esiintyvistä haitallisista psyykkisistä tekijöitä.

2.2.1.2 Syy-yhteyttä koskevan tiedon arvioinnista

2.2.1.2.1 Ammattitautilainsäädännön edellyttämä syy-yhteyden arviointi

Nykyinen ammattitautilaki antaa mahdollisuuden korvata mikä tahansa fyysisen, kemiallisen tai biologisen tekijän aiheuttama sairaus ammattitautina, mikäli sairaus todennäköisesti pääasiallisesti johtuu ko. altisteesta. Voimassaolevaan ammattitautiasetukseen on lisäksi kirjattu luettelo altiste-sairaus –pareista, joka perustuu syy-yhteyden yleisestä todennäköisyydestä kertyneeseen lääketieteelliseen tietoon. Luettelo on tarkoitettu lähinnä helpottamaan syy-yhteyden arviointia sellaisissa tapauksissa, joissa yleisen tason syy-yhteydestä jo on olemassa riittävää näyttöä.

Ammattitautidiagnoosi edellyttää kaksiportaista syysuhdetta. Ensinnäkin ehtona on, että syysuhde tunnetaan yleisesti, toisin sanoen työlääketeollisen kirjallisuuden perusteella tiedetään, että kyseinen altiste yleensä voi aiheuttaa kuvattunlaisen taudin. Toiseksi on osoitettava, että juuri tutkittavan sairaus todennäköisesti johtuu pääasiallisesti tästä altisteesta.

Yleisestä todennäköisyydestä ei automaattisesti voi johtaa yksittäisen tapauksen todennäköisyyttä eikä tieto yleisestä todennäköisyydestä riitä yksittäisen ammattitautidiagnoosin ja siihen liittyvän korvausratkaisun pohjaksi. Yksilöllinen reaktio on aina olemassa ja sekä hoidon että sosiaalivakuutuskorvausten osuvuuden kannalta on tärkeää, että diagnoosi on nimenomaan yksilötasolla oikea. Yksilödiagnostiikka ja siihen perus-

tuva ammattitautikorvaus ovat mahdollisia myös ilman niitä koskevia asetustasolla nimettyjä altiste-sairaus –pareja, esimerkkinä uuden tekijän aiheuttama ammattiasma. Tällaisessa tilanteessa on kuitenkin lääketieteen menetelmin mahdollista osoittaa syy-yhteys yksilötasolla esimerkiksi altistuskokeella.

Myös psyykkisen tekijän aiheuttama ammattitauti olisi oltava yksilödiagnostiikalla kliinisen lääketieteen keinoin todettavissa. Kaikki nykyisin korvattavat työtapaturman aiheuttamat vammat ja sairaudet sekä ammattitaudit ovat tautiluokituksissa esiintyviä, diagnosoitavia sairauksia tai tiloja. Päätös olisi tehtävä siitä, mitä korvattaisiin määritelyn psyykkisen tekijän aiheuttamana sairautena.

Ammattitautidiagnoosi ei ole yksinomaan poissulkeva, toisin sanoen tauti ei välttämättä johdu työstä, vaikka sille ei muuta selitystä löytyisikään. Ammattitautilainsäädäntö ei tunne käänteistä todistustaakkaa. Käänteisellä todistustaakalla tarkoitetaan tilannetta, jossa sairaus todettaisiin ammattitaudiksi, jos ei voida osoittaa sen johtuvan jostain työn ulkopuolisesta tekijästä.

2.2.1.2.2 Hoitoon ja korvauksiin liittyvä erilainen syy-yhteysarviointi

Syy-yhteyden arviointia voidaan tarkastella lääketieteellisesti sekä hoitavan lääkärin että vakuutuslääkärin näkökulmasta. Hoitavalle lääkärille yksittäisen sairauden ja sen erityisten selvittämisen merkitys on erilainen kuin vakuutuslääkärille. Sairauden mahdollisten syiden pohdinta voi kuulua oleellisena osana itse hoitoprosessiin eikä siinä tavoitella juridisen näytön tyypistä todennäköisyyttä. Vakuutuslääkärin näkökulmasta oleellista on selvittää, aiheutuuko henkilön sairaus riittävällä todennäköisyydellä sellaisesta tekijästä, joka tiettyä sosiaalivakuutuksen erityisalaa koskevan lainsäädännön mukaan oikeuttaa korvaukseen.

Näin ollen sosiaalivakuutuksen vakuutuslääketieteellisestä näkökulmasta merkitystä on syy-yhteyden arvioinnilla sekä yleisellä että yksilötasolla. Ammattitautilainsäädäntöön kirjataan altiste-sairaus –pareja, kun syy-yhteys yleisellä tasolla on vahvistettu. Yksittäisessä tapauksessa korvattavuus edellyttää kuitenkin vielä syy-yhteyden vahvistamista yksilötasollakin.

Mielenterveyden häiriöiden syiden selvittämisessä ja ammattitautilainsäädännön edellyttämän todennäköisen ja pääasiallisen syy-yhteyden arvioinnissa voisi korostua hoitavan lääkärin ja vakuutuslääkärin erilainen näkökulma. Näin erityisesti siitä syystä, että mielenterveyden häiriöiden eri syytekijöiden selvittely ja niiden merkittävyyden arviointi on usein vaikeampaa kuin monien fyysisten sairauksien kohdalla. Stressihäiriöitä lukuun ottamatta mielenterveyshäiriöiden diagnostisiin kriteereihin ei sisälly kannanottoa niiden syyhyin. Silti näiden häiriöiden mahdollisten syiden pohtiminen yhdessä potilaan kanssa on usein tarpeellista.

2.2.1.2.3 Lääketieteellinen tietämys mielenterveyden häiriöiden syistä

Stressihäiriöt

Ulkoisten kuormitustekijöiden ja mielenterveyshäiriöiden yhteys on selvimmin tunnistettu ns. stressihäiriöiden kohdalla (ICD-10 tautiluokka F 43.0 ja F 43.1). Tässä tautiryhmässä psyykkisen kuormitustekijän tunnistaminen sisältyy taudin diagnostisiin kriteereihin.

Lääketieteellinen näyttö ulkoisen tekijän, tapahtuman, ja mielenterveyden häiriön välisestä syy-yhteydestä stressihäiriöiden osalta on katsottava riittäväksi näiden häiriöiden korvaamiseksi työtapaturman aiheuttamina sairauksina silloin kuin aiheuttava ulkoinen kuormitustekijä liittyy työhön tai työolosuhteisiin. Vakiintuneen korvauskäytännön mukaan näin menetellään.

Lakisääteisessä tapaturmavakuutuksessa nykyisin korvattavan stressihäiriön katsotaan olevan ulkoisen, äkillisen tapahtuman psyykkinen seuraus. Tapahtuma näissä tapauksissa voi olla esimerkiksi liikenneonnettomuus, mutta korvattavuus ei edellytä, että henkilö itse olisi joutunut tapaturman uhriksi, vaikka näin usein onkin. Reaktiivisen stressihäiriön (stressireaktion) ei yleensä katsota aiheuttavan pysyvää työkyvyttömyyttä, vaan korvausta suoritetaan ohimenevästi, yleensä enintään puolen vuoden ajalta. Täten ei myöskään haittakorvauksia yleensä tule maksettavaksi. Yksittäistapauksissa on korvattu pysyvääkin työkyvyttömyyttä.

Erittäin vakaviin elämäntapahtumiin liittyvät akuutit psykoottiset reaktiot voidaan korvata työtapaturmana samoin perustein kuin stressihäiriö, mutta työryhmälle ei ollut tiedossaan tällaisia tapauksia.

Muut mielenterveyshäiriöt

Muiden mielenterveyshäiriöiden osalta tilanne on ongelmallisempi. Vaikka on olemassa runsaasti tutkimusnäyttöä psyykkisten kuormitustekijöiden ja sairastavuuden välisistä yhteyksistä, tämä näyttö on yleensä ryhmätasolla ja koskee pääasiassa oireilua eikä täsmällisesti diagnosoituja sairauksia. Myös psyykkisten kuormitustekijöiden määrittelyyn liittyy menetelmällisiä ongelmia, eivätkä ulkoiset tekijät myöskään kuulu näiden sairauksien diagnostisiin kriteereihin, joten yksinomaan lääketieteellisiin menetelmiin perustuva syy-yhteyden määrittely on vaikeaa.

Uusi tutkimustieto viittaa siihen, että myös eräiden aiemmin työaltisteista riippumattomina pidettyjen diagnoosiryhmien osalta saattaa olla tunnistettavissa työhön liittyviä näiden sairauksien riskiä lisääviä tekijöitä. Havainnot ovat kuitenkin uusia eikä niitä ole kaikilta osin vahvistettu riippumattomissa tutkimuksissa. Vaikka viime aikoina on saatu uutta tietoa myös eräistä diagnooseista, syy-yhteyksistä ei vielä ole käytettävissä vakiintunutta tietopohjaa.

Ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöt ovat väestössä varsin yleisiä. Näiden häiriöiden syistä vallitsee erilaisia käsityksiä. Sairaudet esiintyvät usein yhdessä siten että samalle potilaalle voidaan asettaa enemmän kuin yksi psykiatrinen diagnoosi.

2.2.1.2.4 Nykyisen lainsäädännön perusteella ammattitautina korvattavat mielen- terveyden häiriöt

Ammattitautilainsäädännön perusteella voidaan korvata psyykkisiä ja fyysisiä sairauksia kunhan ne ovat fysikaalisen, kemiallisen tai biologisen tekijän aiheuttamia. Varsin moniin ammattitauteihin voi liittyä psyykkistä oireilua ja se voi joissakin tapauksissa olla jopa pääasiallinen oire (elohopeamyrkytys, rikkihiilimyrkytys, orgaanisten liuottimien aiheuttamat myrkytykset). Korvauksia harkittaessa tilannetta tarkastellaan kokonaisuutena eikä eri oiretyyppejä erotella. Sekä työkyvyttömyyttä että pysyvää haittaa on korvattu tavanomaiseen tapaan. Näiltä osin ei siis näyttäisi olevan muutostarvetta.

Kansainvälisesti vertaillen ammattitauteja voidaan korvata ammattitautilainsäädäntöön sisältyvän ns. yleislausekkeen tai ammattitautiluettelon perusteella. Tästä riippumatta käytäntö on korvattavien sairauksien osalta saman kaltainen kuin Suomessa eli sairaus korvataan kokonaisuutena sen psyykkisiä ja fyysisiä komponentteja erittelemättä. Yleislinjana Euroopan unionin jäsenmaissa näyttää olevan, että psyykkisiä tekijöitä ei ole otettu sen paremmin yleislausekkeen kuin luettelopohjaistenkaan korvausjärjestelmien piiriin.

2.2.2 Millaisia ongelmia syy-seuraussuhteen selvittämisessä saattaisi syntyä

2.2.2.1 Syytekijöiden erottelu

Mielenterveyshäiriöiden syytekijät luokitellaan alttiuteen, laukaiseviin tekijöihin ja välittäviin mekanismeihin. Ammattitautidiagnostiikan syy-yhteystarkastelun kannalta olisi oleellista pystyä erottelemaan nämä kolme eri aiheuttajaryhmää ja määrittämään, millä niistä on pääasiallinen osuus. Useimpien mielenterveyden häiriöiden osalta tähän ei toistaiseksi ole riittäviä tiedollisia edellytyksiä. Tarvitaan lisää tietoa näiden sairauksien syistä yleensä ja toisaalta eri syytekijöiden erottelemiseen liittyvien menetelmien kehittämiseen.

2.2.2.2 Eri syytekijöiden merkityksien/painoarvojen erottelu

Psyykkiset tekijät poikkeavat useimmista työelämän kemiallisista, fysikaalisista ja biologisista tekijöistä siinä, että niitä selvästi yleisemmin esiintyy sekä työssä että vapaa-aikana ja altisteen mittaaminen on vaikeampaa. Vaikka altistavia tekijöitä voidaan kohdallisen helposti tunnistaa, niiden keskinäisen merkityksen arviointi on poikkeuksellisen voimakkaita kuormitustilanteita lukuun ottamatta vaikeaa ja voi sisältää subjektiivista arviointia. Kun mielenterveyshäiriöihin lisäksi liittyy monisairastavuutta, soveltuu yksi syy- yksi sairaus- malli huonosti tämän tyyppisen ongelman ratkaisuun. Myös ammattitautilainsäädännön edellyttämän todennäköisyyden vaatimuksen (todennäköisesti pääasiallisesti) täyttäminen on useimmissa tilanteissa vaikeaa.

2.2.2.3 Altisteen objektiivinen toteaminen ja mittaaminen (objektiivisuuden vaatimus)

Nykyisistä ammattitaudeista ja niitä aiheuttavista altisteista kyetään sekä altistuminen että sairaus valtaosassa tapauksia objektiivisesti toteamaan. Työssä esiintyvän psyykkisen altisteen määrällisten ja laadullisten vaikutusten objektiivinen arvioiminen ja mittaaminen tulisi myös olla mahdollista. Ammattitautijärjestelmän kannalta altisteen kuormittavuuden ja vahingollisuuden arviointi ei voi perustua vain yksilön omaan subjektiiviseen kokemukseen, koska ulkoisten tapahtumien vaikutuksen välittyminen subjektiivisen kokemuksen kautta ei ole ristiriidatonta.

Psyykkisen altisteen objektiivinen arvioiminen ja mittaaminen työpaikalla tulisi siten jotenkin ratkaista. Tässä mittaamisessa voi olla käytännön vaikeuksia, joista osa on yhteydessä työpaikan kokoon, työterveyshuollon ja työsuojeluhenkilöstön toimivuuteen ja resursseihin. Mittausnormiston puuttuessa tämä voi johtaa eriarvoiseen käsittelyyn.

Objektiivisuuden vaatimukseen liittyy siten kahdenlaisia ongelmia: toiset mittaamiseen ja toiset second opinion –ajatteluun eli usean asiantuntijan käyttämiseen yleensä lääketieteellisissä arviointiprosessissa. Vaikka usean riippumattoman asiantuntijan käyttö parantanee arvion laatua, se ei voi korvata mittaustulosten merkitystä. Vähimmäisvaatimuksena työtapaturmavakuutuksen korvausprosessissa objektiivisuuden osalta on korvauksenhakijasta riippumaton tieto tapahtumasta. Kiistanalaisessa tilanteessa myöskään työnantajan edustajaa eikä luottamushenkilöä voidaan pitää riippumattomana havainnoitsijana, jolloin altistumisen toteaminen ja korvausasian selvittely ja asian todentaminen voi johtaa mutkikkaisiin selvittelyprosesseihin lopputuloksen jäädessä epävarmaksi. Parempi vaatimus voisi olla epäillyn syytekijän, so. altisteen pätevä mittaaminen – tämä edellyttäisi hyviä tutkimuksia, joita tällä hetkellä ei ole käytettävissä.

2.2.2.4 Vapaa-ajan altistumisen huomioiminen

Korvattavissa ammattitautitapauksissa erotusdiagnostiikka on keskeinen osa lääketieteellistä arviota silloin, kun ratkaisu perustuu lääketieteelliseen ammattitautidiagnostiikkaan eikä esimerkiksi muutoksenhakuelinten vahvistamaan, työlääketieteellisestä tiedosta poikkeavaan tulkintaan tai työmarkkinajärjestöjen väliseen sopimukseen. Nykylainsäädännön mukaisissa ammattitautiselvityksissä työn ulkopuolisen altistuksen pois-suljennalla on käytännössä yleensä varsin vähän merkitystä. Näin siitä huolimatta, että ammattitautilaki edellyttää työssä olevan tekijän olevan pääasiallisesti syynä ammattitautina korvattavaan sairauteen. Tätä perustellaan sillä, että sekä altistuksen laatu että etenkin sen määrä on työympäristössä merkittävästi erilainen kuin vapaa-ajalla. Elämäntapatekijöihin vetoamista ei ole pidetty tarpeellisena aina silloinkaan, kun se on selvästi kyseessä olevan taudin riskitekijä. Yksityiselämän psyykkisiin kuormitustekijöihin perehtyminen tuntuu siten nykyisen korvauskäytännön näkökulmasta vieraalta.

Psyykkisten tekijöiden kohdalla tilanne olisi ilmeisesti altistuksen suhteen toinen kuin jo nykyisin korvattavien ammattitautien osalta, koska yksityiselämän ja vapaa-ajan tapahtumat voivat olla koetun merkityssisältönsä suhteen työelämän ainakin tavanomaisia kuormituksia suurempia tai niillä voi olla psyykkistä terveyttä edistävääkin merkitystä. Joissakin tapauksissa työssä tapahtunut kuormittuminen voi olla selvästi merkityksellisempää. Tämä tilanne liittyy selvimmin traumaattisiin kokemuksiin.

2.2.2.5 Korvauskäsittelyssä tarvittavien tietojen hankkiminen

Lääketieteellisessä arvioinnissa on tärkeää selvittää perusteellisen kliinisen tutkimuksen avulla yksilön kokonaiselämäntilanne ja hänen suhteensa työhön. Mahdollisimman objektiivisen kuvan saaminen henkilön työoloista edellyttää usein tiedon hankkimista monesta eri lähteestä. Tämä voi olla käytännön lääkärin työssä vaikeaa.

Tapaturmavakuutuslain mukaan korvattavan työtapaturman tai ammattitaudin korvauskäsittelyssä tarvitaan vahingoittunutta koskevia tietoja. Pääosa tarvittavista tiedoista on salassa pidettäviä vahingoittuneen terveydentilaa, taloudellista asemaa tai muuten yksityiselämää koskevia tietoja. Tapaturmavakuutuslakiin lokakuussa 2002 tehdyillä muutoksilla tarkennettiin näiden tietojen käsittelyä koskevaa sääntelyä. Korvausasiaa käsittelevällä vakuutuslaitoksella on oikeus saada vahingoittuneelta, työnantajalta ja tietyiltä

laissa määritellyiltä tahoilta – muun muassa viranomaisilta ja terveydenhuollon ammattihenkilöiltä – ne tiedot, jotka ovat välttämättömiä korvausasian käsittelyn kannalta.

Mielenterveyshäiriöiden korvauskäsittelyssä tarvittaisiin tietoja asianomaisen henkilön yksityiselämästä, mukaan lukien perhe-elämä, ja erityisesti muuta kuin vahingoittunutta koskevaa salassa pidettävää tietoa. Tiedonsaantioikeuden ulottaminen esimerkiksi vahingoittuneen perheenjäseniin sisältää laajemman viranomaisen tiedonsaantia ja perustuslain mukaista yksityiselämän suojaa koskevan ongelman.

2.2.2.6 Altiste-sairaus – parien muodostaminen

Mahdollisen uuden aiheuttajaryhmän tuominen ammattitautilain 1 §:ään edellyttäisi aikaisempaa täsmällisempää eikä yleisluonteisempaa määrittelyä. Psykkisen tekijän lisääminen ammattitautilainsäädäntöön ilman tällaista täsmennystä voisi merkitä ammattitautilainsäädännön perusteella ilmoitettavien ja mahdollisesti myös korvattavien tapausten määrän merkittävää kasvua, joten asetustasolla olevat tarkemmat sovellusohjeet altiste-sairaus –parien muodossa olisivat myös tarpeen. Myös ammattitautilainsäädännön rakenteen yhtenäisyyden kannalta vaikuttaisi perustellulta edellyttää, että psyykkisistä altisteista ja niiden aiheuttamista sairauksista kyettäisiin muodostamaan nykyisiä ammattitautiluettelon altiste-sairaus -pareja vastaavia yhdistelmiä

Psyykkisten sairauksien kohdalla altiste-sairaus -parin yksiselitteinen kirjaamiseen ei ole tällä hetkellä riittävää tietopohjaa sekä altistuksen että sairauden osalta muissa kuin stressihäiriöissä. Laissa olevan pääasiallisuus-vaatimuksen takia ammattitautidiagnostiikan kannalta ei ole riittävää, että jokin työssä oleva tekijä on sairauden etiologisena osatekijänä, oireita pahentavana tai sairauden laukaisevana tekijä.

2.2.2.7 Yksilölliset persoonalliset tekijät

Vakiintuneessa työtapaturmia koskevassa korvauskäytännössä on lähdetty siitä, että työntekijä on vakuutettu sellaisena kuin hän on. Toimintakyky verrataan saman ikäisen henkilön toimintakykyyn ja syy-yhteyksiä arvioitaessa tukeudutaan suuntaa-antavan ja ei-suuntaa-antavan vamman käsitteisiin. Korvausvastuu ei kuitenkaan ulotu kuinka pitkälle hyvänsä. Siten kovin vähäinen vamma ei voi johtaa millaisiin tahansa seurauksiin, ellei kyseessä ole hoitokomplikaatio.

Samaa logiikkaa pyritään noudattamaan ammattitaudeissa, mutta niissä harkinta tapahtuu useammin normaalin erotusdiagnostiikan puitteissa ja pyritään joko-tai -tyyppisiin ratkaisuihin, koska korvausvastuun jakaminen yleensä johtaa vahingoittuneen sosiaaliturvan pirstaloitumiseen ja usein merkittäviin edun menetyksiin. Tämä kokonaisvaltainen korvausvastuu sopii myös hyvin ammattitautilain edellyttämään todennäköisyysohjatteluun: Fysikaalisen, kemiallisen tai biologisen tekijän on oltava todennäköisesti sairauden pääasiallinen syy. Täten esimerkiksi useimpien tuki- ja liikuntaelinsairauksien kohdalla on katsottu, että tämä ehto ei täyty, vaikka työn kuormitustekijöillä on tieteellisestikin osoitettua merkitystä näiden sairauksien esiintyvyyteen.

Yksilöllisten persoonallisten tekijöiden merkitys psyykkisten sairauksien syntymisessä tunnetaan huonosti ja se lienee erilainen eri sairauksissa. Persoonallisuustekijöihin kuitenkin kiinnitetään yleisesti huomiota työvoiman valinnassa nimenomaan tehtäviin soveltuvuuden näkökulmasta. Tervettä työikäistä väestöä koskevassa seulonnassa käytettäviä periaatteita ei kuitenkaan sellaisenaan voi soveltaa sairauksien diagnostiikkaan.

Nykyisin noudatettu korvauskäytäntö, jossa stressihäiriö korvataan työtapaturmana selvästi traumaattisen tapahtuman yhteydessä yksilöllisiä persoonallisuustekijöitä selvittämättä, vaikuttaa nykytiedon valossa perustellulta. Mikäli psyykkisten kuormitustekijöiden aiheuttamaksi määriteltäisiin lainsäädännössä myös vähemmän dramaattisten tai pitkittyneiden kuormitustilanteiden yhteydessä ilmeneviä psyykkisiä sairauksia, jouduttaisiin myös yksilöllisten persoonallisuuden rakennetekijöiden osuutta arvioimaan uudelleen osana kokonaisuutta. Tähän saattaisi liittyä myös uhka työhön valinnan yhteydessä tapahtuvaan syrjintään.

2.2.2.8 Ongelmien vaikutus käytännössä

Mikäli psyykkinen tekijä otettaisiin ammattitautilainsäädäntöön samalla tavalla kuin nykyisin ovat fysikaalinen, kemiallinen ja biologien tekijä, oltaisiin uudessa tilanteessa. Nykyisten ammattitautilaissa mainittujen tekijöiden osalta historiallinen kehitys on kulkenut tarkasti määriteltyjen sairauksien syiden tunnistamisen kautta lainsäätämiseen ja korvaamiseen. Psyykkisten tekijöiden kohdalla luotaisiin uusi ammattitautikäsite lainsäädännöllisellä sopimuksella, eikä lääketieteellisen tiedon kehittymisen kautta, kuten tähän asti on menetelty.

Kun nykyisen, käytettävissä olevan tiedon perusteella altistuksen objektiiviseen mittaamiseen ei ole yksilötasolla luotettavia menetelmiä, oltaisiin näiltäkin osin uudessa tilanteessa. Työhön liittyvien psyykkisten kuormitustekijöiden riippumattomaan arvioon pitäisi kehittää uusi menettely. Korvattavuuden edellytyksenä olevaa psyykkistä kuormitusta selvittäessä jouduttaisiin ammattitautiasian korvauskäsittelyssä tapauskohtaisesti tekemään myös yksityiselämän erityisen herkille alueille ulottuvia hyvinkin perusteellisia selvityksiä. Yksityiselämään liittyvien olosuhteiden selvitteleminen on nykyiselle ammattitautien korvausjärjestelmälle vierasta.

Työturvallisuuslakiin, jolla säännellään työn ja työpaikan olosuhteita (altisteita), on lisätty säännöksiä myös työssä olevista kuormitustekijöistä ja niiden selvittämisestä ja vähentämisestä. Koska kuitenkin työturvallisuustoiminta ja työtapaturmavakuutus sekä siihen perustuva korvausjärjestelmä ovat taustoiltaan ja tavoitteiltaan toisistaan erillisiä, ammattitautien korvauskäsittelyn perusteeksi ei riitä työturvallisuustoimintaa varten kerätty tieto työn kuormitustekijöistä. Myöskään työterveyshuollon nykyisin keräämä tieto ei ole riittävää, koska työterveyshuollon tehtävät ja tavoitteet eivät vastaa vakuutukseen perustuvan korvausjärjestelmän tehtäviä.

Tämän hetkisen tiedon valossa kuormitusselvitykset muodostuisivat huomattavan työläiksi ja paljon sekä tapaturmavakuutuslaitosten että terveydenhuollon resursseja sitoviksi. Vakuutuslaitoksiin ja muutoksenhakujärjestelmään täytyisi myös hankkia lisäasi-
antuntemusta psyykkisiin tekijöihin liittyvien korvaustapausten selvittelyyn. Tästä huolimatta jäisi yksittäisten tapausten ratkaisuun huomattavan paljon harkinnanvaraisia elementtejä, jota ei voi pitää oikeusvarmuuden kannalta tyydyttävänä.

Keskeiseksi ongelmaksi siis muodostuisi tämän tyyppisen arvioinnin kokemuksen puute sekä terveydenhuollossa että korvausjärjestelmässä. Kun valtaosa nykyisin korvattavista ammattitauodeista pystytään verrattain yksiselitteisesti diagnosoimaan porrastetun terveydenhuoltojärjestelmän puitteissa, psyykkisten tekijöiden aiheuttamaksi tulkitut ammattitaudit jouduttaisiin arvioimaan jollakin kokonaan uudella menettelyllä, johon olisi löydettävä erikseen voimavarat. Tällä hetkellä ei ole olemassa mitään menettelyä, jolla esimerkiksi hoitava psykiatri saisi potilaasta riippumatonta luotettavaa tietoa työpaikan psyykkisistä tai muista kuormitustekijöistä.

Asetuksen altistus-sairausparien määrittäminen psyykkisten tekijöiden osalta fyysikaalisten, kemiallisten tai biologisten tekijöiden aiheuttamia ammattitauteja vastaavalla tarkkuudella ei nykytiedon valossa ilmeisesti olisi mahdollista. Jos nykyistä vastaavaa sääntelyä ei kyettäisi tekemään ja ammattitautilakiin lisättäisiin psyykkinen tekijä sitä tarkemmin määrittämättä, lain korvauskäytäntöä säätelevä vaikutus jäisi vähäiseksi. Soveltaminen jäisi siis kokonaan vaikeasti ennakoitavan käytännön kokemuksen kautta tapahtuvaksi ja muutoksenhakuasteiden ratkaistavaksi.

2.2.3 Onko arvioitavissa korvattavien tapausten laaja-alaisuus suomalaisessa työelämässä?

Mikäli psyykkinen tekijä otettaisiin ammattitautilakiin ilman aiemmin esitettyjä täsmennyksiä, niihin liitettyjen korvaustapausten määrän ennakoimiseksi ei ole käytettävissä mitään luotettavaa tietoperustaa. Koska korvattavuuden kriteerit jäisivät käytännössä varsin epätasällisesti määritellyiksi eikä vakiintunutta lääketieteellistä traditiota ole, sekä ammattitauti-ilmoitusten määrästä että tapausten korvattavuudesta olisi vaikea muodostaa luotettavaa käsitystä. Työhön liittyvän psyykkisen oireilun yleisyydestä on pääteltävissä, että ainakin korvauskäsittelyyn tulevien hakemusten määrä voisi ainakin aluksi nousta huomattavan korkeaksi. Eräänä arviointipohjana voitaisiin pitää vakavan työuupumuksen esiintyvyyksilukuja, joiden perusteella tällaisia tapauksia olisi kymmeniä tuhansia. Ei ole kuitenkaan olemassa tietoa siitä, kuinka suuri osa kyselytutkimuksissa näitä oireita ilmoittavista hakeutuu lääkärin hoitoon. Hoitoon hakeutuneistakin luultavasti vain osassa tapauksista lähdettäisiin hakemaan korvausta ammattitautilain perusteella. Jos taas tätä lievempiä tai muita oireita kärsivät hakisivat korvausta, hakemusten määrä saattaisi kasvaa voimakkaasti.

Jos ammattitautikorvauksia haettaisiin vain perusteellisten psykiatristen selvittelyjen jälkeen, määrä olisi todennäköisesti pienempi. Tällaisessa kehityskulussa korvattavuuden kriteerit voisivat vähitellen muutoksenhakuelinten ohjaaman käytännön myötä vakiintua.

Eräs lisänäkökohta on Kansaneläkelaitoksen asema. Kansaneläkelaitos saattaisi joutua ohjaamaan huomattavan osan mielenterveyden häiriöihin liittyvistä korvaustapauksista ensisijaisen korvausjärjestelmän eli lakisääteisen tapaturmavakuutuksen käsiteltäväksi ja sen selvittämiseksi, onko kyseessä mahdollisesti ammattitautina korvattava sairaus. Tästä ammattitautiselvittelystä voisi aiheutua vakuutuslaitoksissa huomattavaa lisätyötä ja lisäresurssien tarvetta.

3 TYÖRYHMÄN JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUSTARPEET

3.1 Johtopäätökset

Työelämän muutos viime vuosikymmenen aikana on ollut nopeaa ja siihen on liittynyt sekä myönteisiä että kielteisiä piirteitä. Kehityssuunta on eri toimialoilla ja työpaikoilla voinut kuitenkin olla erilaista. Parhaassa tapauksessa työtehtävät ovat monipuolistuneet, niiden fyysinen kuormittavuus on vähentynyt ja henkilöstö kokee voivansa vaikuttaa työhönsä aiempaa enemmän. Samanaikaisesti tapahtunut työn vaativuuden kasvu, työtahdin kiristyminen, epävarmuus, kilpailu ja lisääntyneet määräaikaiset työsuhteet ovat lisänneet työn psyykkistä kuormittavuutta. Työn psyykkisen kuormittavuuden on eri tutkimuksissa osoitettu olevan yhteydessä lisääntyvään psyykkiseen oireiluun. Työssä koetut kielteiset ilmiöt kuten työpaikkakiusaaminen ja epäoikeudenmukaiseksi koettu johtaminen on tutkimuksissa voitu yhdistää myös lisääntyneisiin sairauspoissaoloihin.

Työssä esiintyvien psyykkisten kuormitustekijöiden ja psyykkisen oireilun välillä näyttää tutkimusten mukaan olevan ryhmätasolla tunnistettava yhteys. Sen sijaan täsmällisesti määriteltävissä olevan työn kuormitustekijän ja yksilötasolla diagnosoitavan mielenterveyshäiriön välisestä syy-yhteydestä ei ole yksiselitteistä tieteellistä osoitusta. Yksittäisen tapauksen selvittämistä vaikeuttaa toisaalta kuormitustekijöiden objektiivisen mittaamisen ongelma ja toisaalta psykiatristen diagnoosien kuvaileva luonne. Viimeksi mainittu liittyy lääketieteellisen tiedon nykytilaan: suurin osa psyykkisistä sairauksista on edelleen syytekijöiden osalta huonosti tunnettuja. Esimerkiksi Suomessa virallisesti käytetyssä kansainvälisessä tautiluokituksessa ICD 10:ssä vain tautiryhmässä F 43, vakavat stressireaktiot ja sopeutumishäiriöt, diagnoosiin sisältyy kannanotto syyhyn.

Mielenterveyden häiriöitä korvataan lakisääteisessä tapaturmavakuutuksessa äkillisen tapahtuman aiheuttamina. Työtapaturmiin ja ammattitauteihin liittyviä psyykkisiä oireita korvataan silloin kun niiden katsotaan olevan syy-yhteydessä vakuutustapahtumaan. Tapaturmavakuutuksen korvattavuuden ulkopuolelle jäävät sen sijaan sellaiset mielenterveyden häiriöt, joiden aiheuttajana voitaisiin katsoa olevan työssä pitkäaikaisesti esiintyvä psyykkinen tekijä.

Mahdollisen korvaamisen kannalta ongelmallista on ensinnäkin lääketieteellisen tiedon puute syy-yhteydestä, toiseksi psyykkisen kuormituksen mittaamismenetelmien kehittymättömyys yksilötasolla ja psykiatristen diagnoosien kuvaileva luonne ja kolmanneksi sekä kuormituksen että sairauden määrittelyyn liittyvät käytännölliset ja juridiset ongelmat. Mahdollisessa ammattitautiselvittelyssä käytettävät menetelmät ja menettelytavat erityisesti yksityiselämän kuormitustekijöiden suhteen edellyttäisivät kokonaan uusia käytäntöjä ja mahdollisesti merkittäviä resurssilisäyksiä.

Kun kyseessä olisi yksilön oikeuksista säättäminen, tulisi nykyisen perustuslain vaatimuksista johtuen sekä altiste että korvattava sairaus määritellä täsmällisesti lainsäädännössä. Tähän ratkaisuun ei tällä hetkellä ole riittävää tietopohjaa.

On myös huomattava, että missään nykyisessä Euroopan unionin jäsenvaltiossa ei ole otettu ammattitautilainsäädäntöön ja ammattitautiluetteluihin psyykkisiä tekijöitä. Ruotsissa mielenterveyden häiriö voidaan korvata työvahinkona, mutta siellä työvahinkoa ei

erotella työtapaturmaksi tai ammattitaudiksi ja muutenkin Ruotsin sosiaalivakuutuksen rakenne poikkeaa suomalaisesta mallista.

Nykyinen tietämys ei näytä antavan perusteita ammattitautilain tarkoittaman yksisuuntaisen ja pääasiallisuutta edellyttävän syy-yhteyden osoittamiseen psyykkisten tekijöiden ja fyysisten sairauksien välillä laajemmin kuin nyt tapahtuu työtapaturmana korvattavien stressireaktioiden yhteydessä.

Näillä perusteilla työryhmä on päättänyt toteamaan, että psyykkisen tekijän sisällyttämiseen ammattitautilainsäädäntöön ei tällä hetkellä ole riittäviä edellytyksiä.

Työryhmän kannanotto perustuu saatuihin selvityksiin, joista ilmenee mielenterveyden häiriöiden syiden määrittelyn ja tutkimusasetelmien vaikeudet. Tästä johtuen käytettävissä olevaa tietoa ei ole riittävästi. Työryhmä pitääkin tärkeänä, että tiedon tasoa pyritään aktiivisesti parantamaan muun muassa tutkimustoimintaa suuntaamalla. Tämän helpottamiseksi työryhmä on valmistellut lyhyen yhteenvedon keskeisistä tutkimus- ja kehitystarpeista sekä toimenpiteistä. Tulevaisuudessa saatavaa uutta tietoa tulee tarvittaessa hyödyntää myös sosiaalivakuutuksen kehittämisessä.

Työryhmä katsoo, että työelämän tutkimuslaitosten ja rahoitustahojen tulisi suunnata toimintaa ja rahoitusta psyykkisen kuormituksen ja mielenterveyden häiriöiden välisen yhteyden tutkimiseen.

3.2 Tutkimus- ja kehitystarpeet sekä toimenpiteet

Työelämässä tapahtuneen nopean rakennemuutoksen myötä myös työhön liittyvien kuormitustekijöiden luonne on muuttunut. Näyttää siltä, että työn psyykkinen kuormittavuus on joillakin aloilla, esimerkiksi hoitotyössä, lisääntynyt ja työhön liittyviä kuormitusoireita raportoidaan aikaisempaa aktiivisemmin. Psyykkisten tekijöiden aiheuttamaksi tilastoidut sairauspoissaolot ja työkyvyttömyyseläkkeet ovat lisääntyneet. Vakavien mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys ei näytä lisääntyneen, joten kyseessä ei ole yksinomaan lääketieteellinen ilmiö, vaan monimutkaisempi vuorovaikutus yhteiskunnan muutoksen, työelämän kehityksen, sairausoireiden ja sosiaalivakuutuksen välillä.

Tutkimukset - sekä kansainvälisen tutkimuksen seuranta että kotimainen tutkimus ovat tärkeitä

Työolojen psyykkinen kuormittavuus ja kuormittuneisuuteen liittyvä stressi on kehittyneissä teollisuusmaissa laajalti esiin tuotu ongelma, johon kohdistuu myös paljon kansainvälistä tieteellistä tutkimusta. Huomattava osa tästä tutkimuksesta on sovellutuskelpoista myös Suomessa, mutta sekä työoloihin että muuhun elinympäristöön liittyvät kulttuurierot ja sosiaalivakuutuksen mahdolliset vaikutukset sairauskäyttäytymiseen voivat tällä alueella olla siinä määrin merkittäviä, että myös kansallinen tutkimus on tarpeellista. Kansainvälisen tiedon hyödyntäminen edellyttää myös hyviä kotimaisia tiedollisia valmiuksia. On tärkeää hallita monimutkaisten syy-seuraussuhteiden arviointiin soveltuvat tutkimusmenetelmät. Erityisesti harhattomien tutkimusasetelmien luominen työ- ja yksityiselämän sekä yhteiskunnan kehitys huomioivalla tavalla on haastavaa.

Psyykkisen kuormituksen arviointi- ja mittaamismenetelmien kehittäminen

Arvioitaessa mielenterveyshäiriöiden mahdollisia työperäisiä ja erityisesti ammattitautilainsäädännön kannalta merkityksellisiä syitä on tärkeää tunnistaa epäillyt syytekijät mahdollisimman täsmällisesti. Työn psyykkisen kuormittavuuden arviointimenetelmiä on kehitetty myös Suomessa ja käytettävissä on validoituja, nimenomaan ryhmätason arviointiin soveltuvia, pääosin kyselytekniikoihin perustuvia menetelmiä. Sen sijaan objektiivisista ja käytännön työelämässä sovelluskelpoisiksi todetuista menetelmistä on puutetta. Näiden tutkimus- ja kehitystoimintaa, erityisesti yksilötason mittaamista, olisi perusteltua lisätä myös erityisesti ammattitautilainsäädännön tarpeet huomioon ottaen.

Psyykkisen kuormituksen ja diagnosoitujen mielenterveyden häiriöiden välisen yhteyden tutkiminen - etenevät tutkimukset

Työn psyykkisten kuormitustekijöiden ja oireilun välisistä yhteyksistä on varsin paljon tutkimustietoa ja viime vuosina on saatu tietoa myös pitkittäistutkimuksista. Tiettyjen työhön liittyvien kuormitustekijöiden ja kielteisten terveysvaikutusten yhteys on eri tutkimuksissa ollut varsin johdonmukainen. Jatkossa tarvittaisiin kuitenkin lisää menetelmällisesti korkeatasoisia eteneviä seurantatutkimuksia, jotta saataisiin tietoa työhön liittyvien kuormitustekijöiden yhteydestä paitsi psyykkiseen oireiluun myös diagnosoitavissa olevien ja kliinisesti merkittävien mielenterveyden häiriöiden syntyyn. Tietopuutteita esiintyy nimenomaan tunnistettaviksi mielenterveyshäiriöksi luokiteltavien sairauksien ja työn kuormitustekijöiden välisistä riippuvuuksista. Erityisesti tarvittaisiin kontrolloituja, eteneviä tutkimuksia, joissa sekä kuormitustekijät että diagnosoitu sairaus olisi luotettavasti dokumentoitu.

Työyhteisöongelmien hallinta

Ensisijaisena strategiana terveysongelmien hallinnassa tulisi olla niiden ehkäiseminen. Tämä voi olla mahdollista jo ryhmätason riskien tunnistamisen avulla ilman yksilötason diagnostiikkaa. Työhön liittyvät mielenterveysongelmat ovat usein yhteydessä työyhteisökysymyksiin ja soveltuvat siten nimenomaan ryhmätason toimenpiteiden kohteeksi. Tämä voi mielenterveysongelmien arkaluontoisuus huomioiden olla muutenkin hyvä toimintatapa muun muassa tietosuojan ja diagnoosin koettuun leimaavuuteen johtuvista syistä. Jo tähän mennessä tunnistettujen riskitekijöiden hallinnalla saattaa olla saavutettavissa merkittäviä hyötyjä. Tutkimustietoa nimenomaan toimenpiteiden vaikuttavuudesta tarvitaan lisää. Tietojen täydentäminen ja täsmentäminen antaa entistä paremmat valmiudet puuttua mielenterveyttä vaarantaviin tekijöihin työyhteisöissä.

Kriisitilanteiden hallinta

Työelämän kriisitilanteiden hallinnasta ja niiden ennaltaehkäisemisestä on säädöksiä uudessa työturvallisuuslaissa. Tapaturmavakuutuslaissa ei sen sijaan säännellä työelämän vaaratilanteista eikä niitä siten tilastoida lakisääteisessä tapaturmavakuutuksessa.

Tutkimustietoa tarvitaan yksilötason ongelmien ratkaisemiseksi. Äkillisten kuormitustilanteiden hoitoon on kehitetty ryhmätason toimenpiteitä, joiden toteutus luontevasti sopii työterveyshuollolle. Kansainvälisillä tieteellisillä foorumeilla julkaistut kontrolloidut tutkimukset ns. debriefing –toiminnasta eivät kuitenkaan anna sille johdonmukaista tukea, vaan erilaisten strategioiden vaikuttavuudesta vallitsee ristiriitaisia käsityk-

siä. Tältä alueelta kaivataan lisää kontrolloituja tutkimuksia, joita olisi kulttuurierojen mahdollisen vaikutuksen takia perusteltua tehdä nimenomaan kansallisesti.

Pitkittyneiden psyykkisten kuormitustilanteiden hallinnan kehittäminen

Äkillisten kuormitustilanteiden hallintaan on olemassa keinoja sekä työturvallisuuslain-säädännössä, terveydenhuollossa että sosiaalivakuutuksen, (sekä sairausvakuutuksen että lakisääteisen tapaturmavakuutuksen) korvauskäytännössä. Vaikka työturvallisuus-laki velvoittaa puuttumaan myös pitempiaikaisiin haitallisiin kuormitustilanteisiin kuten työpaikkakiusaamiseen ja -häirintään, ovat menettelytavat vielä kehittymättömiä. Työ-terveyshuollon keinot puuttua näihin tapauksiin ovat puutteellisia ja tämä kysymys tulisi ottaa erikseen tarkasteltavaksi työterveyshuollon toimintoja ja osaamista kehitettäessä.

Pitkittyviin kuormitustilanteisiin liittyviä mielenterveyden häiriöitä ei korvata tapatur-mavakuutuksesta. Sen sijaan äkillisiin väkivalta- ja uhkatilanteisiin liittyvät stressihäiri-öt korvataan. Vaikka pitkäaikaisen psyykkisen kuormituksen yhteyksiä täsmällisesti määriteltäviin mielenterveyden häiriöihin ei tunneta riittävästi ammattitautilainsäädän-nön muuttamiseksi, voi tässä kuormitusryhmässä olla traumaperäiseen stressihäiriöön rinnastettavia tapauksia. Tämän kysymyksen tarkempi selvittäminen edellyttää lisätut-kimuksia.

Diagnostiikan täsmentäminen ja menettelytavat työterveyshuollossa

Valtaosa työhön liittyvää psyykkistä problematiikkaa koskevasta tutkimuksesta on koh-distunut oireisiin eikä täsmällisiin diagnooseihin. Vaikka mielenterveyshäiriöille on kansainvälisesti yhdenmukaiset diagnostiset kriteerit, niiden tuntemus muiden lääkärei-den kuin psykiatrikunnan parissa on puutteellista. Tästä voi seurata ongelmia sekä hoi-dossa että sosiaalivakuutuksen korvauksissa. Olisikin lisättävä koulutusta mielentervey-den häiriöitä koskevien diagnostisten valmiuksien parantamiseksi avohoidossa, erityi-sesti työterveyshuollossa. Osuvaan diagnostiikkaan perustuvat selvitykset ovat sosiaali-vakuutuskorvausten välttämätön edellytys.

Korvausjärjestelmien kehityksen seuraaminen

Äkillisen järkytyksen aiheuttamien mielenterveyden häiriöiden korvaaminen työtapaturmavakuutusjärjestelmässä on yleinen kansainvälinen käytäntö, vaikka korvaamisen juridiset edellytykset eri maissa voivat poiketa toisistaan. Pääsääntöisesti niitä korvataan työtapaturman aiheuttamana sairautena. Täsmällistä tietoa on kuitenkin huonosti saata-vissa eikä esimerkiksi luotettavaa tietoa lukumääristä ole saatavissa juuri mistään maas-ta.

Muiden kuin äkillisesti syntyvien mielenterveyshäiriöiden korvauskäytännöstä on vielä vähemmän tietoa. Vain Ruotsissa ne kuuluvat yksiselitteisesti työvahinkojen korvaus-järjestelmään, mutta korvattavuuden perusteista on muun muassa lainsäädännön nopea-hkoista muutoksista johtuen vain vähän ajantasaista tietoa.

Kun työhön liittyvien sairauksien korvaaminen sosiaalivakuutuksessa ja erityisesti am-mattitautina on viime kädessä sopimuskysymys, kansainvälisen käytännön seuraaminen on tärkeää, jotta mahdollisesti luotavat korvausjärjestelmät olisivat kohtuullisen yhden-mukaisia vapaan työvoiman liikkuvuuden oloissa. Huomattavaa on kuitenkin se, että

kunkin maan työtapaturmien ja ammattitautien korvausjärjestelmä perustuu maan sisäiseen lainsäädäntöön eikä niitä pyritä EY-normein tai kansainvälisin sopimuksin yhdenmukaistamaan.

Nykyisen korvauskäytännön tilastointi psyykkisten tekijöiden osalta

Vaikka Suomen lakisääteisen tapaturmavakuutuksen korvauskäytäntöä äkillisten stressireaktioiden osalta voidaan pitää kohtuullisen vakiintuneena, siitä ei ole käytettävissä täsmällisiä tilastotietoja. Tapaturmavakuutuslaitosten liiton, joka pitää työtapaturma- ja ammattitautirekisteriä ja –tilastoa, tulisi tilastoida tarkemmin tautiluokituksin myös nämä työtapaturmana korvattavat sairaudet.

Tapaturmavakuutuslaitosten liiton pitämään työtapaturma- ja ammattitautirekisteriin ja sen perusteella laadittavaan tilastoon merkitään tapaturmavakuutuslain perusteella korvatut tapaturmat ja ammattitaudit, mukaan lukien myös tapaturma- ja ammattitautiepäilyt, joista on maksettu tutkimuskuluja. Vakuutuslaitoksille ilmoitettuja vahinkoja – työtapaturmia tai ammattitauteja - ei sen sijaan luotettavasti tilastoida. Tieto ilmoitetuista vahingoista, joita ei ole korvattu, voi kuitenkin olla relevanttia muun muassa järjestelmän kehittämisen kannalta. Tästä syystä tilastointia tulisi kehittää kattamaan myös vakuutuslaitoksille ilmoitetut vahingot.

Kirjallisuusviitteet

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, neljäs painos, Washington DC, American Psychiatric Association, 1995.

Broadbent DE. The clinical impact of job design, Br J Clin Psychology 1985; 24: 33-44.

Bromet E J, Dew M A, Parkinson D K, Schulberg H C. Predictive effects of occupational and marital stress on the mental health of male workforce, J Organizational Behav 1988; 9: 1-13.

Bromet E J, Dew M A, Parkinson D K, Cohen S, Schwartz J E. Effects of occupational stress on the physical and psychological health of women in a microelectronics plant, Soc Sci Med 1992; 34: 1377-83.

Chevalier A, Bonenfant S, Picot M D, ym. Occupational factors of anxiety and depressive disorders in the French National Electricity and GAS Company, J Occup Environ Med 1996; 38: 1098-107.

Cox T, Griffiths A, Rial-Gonzalez E. Research on Work-related Stress, European Agency for Safety and Health at Work, 2000

Cooper G L. Theories of organizational stress, New York: Oxford University Press, Inc., 1998.

Cropley M, Steptoe A, Joeke K. Job strain and psychiatric morbidity, Psychol Med 1999; 29: 1411-6.

Elovainio M, Kivimäki M, Vahtera J. Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health, Am J Pub Health 2002; 92: 105-8.

Hallituksen esitys Eduskunnalle työturvallisuuslaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi (HE 59/2002)

Karasek R A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job-redesign, Adm Sci Q 1979; 24: 285-308.

Karasek R A, Theorell T. Health workers: stress productivity and the reconstruction of working life, New York: Basic Books, 1990.

Kawakami N, Araki S, Kawashima M. Effects of job stress on occurrence of major depression in Japanese industry: a case-control study nested in a cohort study, J Occup Med 1990; 32: 722-5.

Kawakami N, Haratani T, Araki S. Effects of perceived job stress on depressive symptoms in blue-collar workers of an electrical factory in Japan, Scand J Work Environ Health 1992; 18: 195-200.

Kivimäki M, Vahtera J, Pentti J, ym. Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study, BMJ 2000; 320: 971-5.

Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff, *Occup Environ Med* 2000; 57: 656-60.

Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Ferrie J E. Organisational justice and health of employees: prospective cohort study, *Occup Environ Med* 2003; 60: 27-34.

Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Virtanen M, Stansfeld S. Association between organisational inequity and incidence of psychiatric disorders in female employees, *Psychol Med* 2003; 33: 319-26.

Kivimäki M, Virtanen M, Vartia M, Elovainio M, Vahtera J, Keltikangas-Järvinen L. Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression, *Occup Environ Med* (painossa)

Lehto A-M, Sutela H, Tehokas, tehokkaampi, uupunut, Työolotutkimusten tuloksia 1977-1997, Tilastokeskus 1999

Lindström K, Elo A-L, Kandolin I, ym. Työkuormitus ja sen arviointimenetelmät, Helsinki: Työterveyslaitos, 2002.

Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M ym. Psykiatria, 2 painos, Kustannus Oy Duodecim, Karisto Oy, Hämeenlinna, 2001.

Mausner-Dorsch H, Eaton W W. Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model, *Am J Public Health* 2000; 90: 1765-70.

Mino Y, Shigemi J, Tsuda T, Yasuda N, Bebbington P. Perceived job stress and mental health in precision machine workers of Japan: a 2 year cohort study, *Occup Environ Med* 1999; 56: 41-5.

Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, David S. Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort, *Scand J Work Environ Health* 1998; 24:197-205.

Paterniti S, Niedhammer I, Lang T, Consoli S M. Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study, *Br J Psychiatry* 2002; 181: 111-7.

Piirainen H, Elo A-L, Hirvonen M, ym. Työ ja terveys haastattelututkimus v. 2000, Helsinki: Työterveyslaitos, 2000.

Pirkola S, Lönnqvist J, Ahola K, ym. Psykykinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Kirjassa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000- tutkimuksen perustulokset, Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3, 2002, s. 51-4.

Psykiatrian luokituskäsikirja (Ohjeita ja luokituksia 1998:1), Stakes

Schaufeli W B, Buunk B P. Professional burnout. Kirjassa: Schabracq M J, Winnubst J A M, Cooper C L, toim. Handbook of work and health psychology, Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 1996, s. 311-48.

Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions, J Occup Health Psychol 1996; 1: 27-41.

Stansfeld S A, Fuhrer R, Shipley M J, Marmot M G. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study, Occup Environ Med 1999; 56: 302-7.

Stansfeld S. Work, personality and mental health, Br J Psychiatry 2002; 181: 96-8.

Taris T W, Kompier M. Challenges in longitudinal designs in occupational health psychology, Scand J Work Environ Health 2003;29(1):1-4

Tautiluokitus ICD-10 Systemaattinen osa, suomalainen laitos Maailman terveysjärjestön luokituksesta ICD-10

Tsutsumi A, Kayaba K, Theorell T, Siegrist J. Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress models. Scand J Work Environ Health 2001; 27: 146-53.

Vartia M. Workplace Bullying - A study on the work environment, well-being and health, Helsinki: People and Work Research Reports 56, Finnish Institute of Occupational Health, 2003.

Vahtera J, Kivimäki M, Virtanen P. Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita, Työterveyslaitos, 2002

Varautuminen suurten ikäluokkien aiheuttamaan työmarkkinamuutokseen. Työhallinnon julkaisu no 320, Työministeriö, helmikuu 2003

Weinberg A, Creed F. Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff, Lancet 2000; 355: 533-7.